



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León**

**Facultad de Ciencias Médicas**



**Tesis para optar a título de:**

**Doctor en Medicina y Cirugía.**

Factores asociados a la adherencia al programa de Control Prenatal, en las gestantes de los sectores del puesto de salud Primero de Mayo, de la ciudad de León en el periodo de diciembre 2017 a junio 2018.

**Autores:**

Br. Yaoska Vanessa Fúnez Maradiaga.

Br. Adrián Francisco García Juárez.

**Tutora:**

Dra. Yadira Teresa Malespín  
Gineco-obstetra.

**León, 21 de diciembre del 2018**

**¡A la libertad por la universidad!**



## **Dedicatoria**

**A nuestros padres y a todos aquellos que  
nos brindaron su apoyo incondicional.**

**A Nuestro país, al que entregamos  
nuestra labor para forjar un  
sueño llamado Nicaragua.**



## **Agradecimientos**

A Dios por darnos la vida y la fortaleza necesaria para culminar este trabajo.

A nuestros asesores, por compartir sus conocimientos, su tiempo, dedicación y sus acertados consejos.

A las gestantes que noblemente participaron en la investigación, pues sin ellas no hubiera sido posible.

A nuestra Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua de León – Facultad de ciencias Médicas, por las facilidades brindadas para la realización del trabajo de investigación.



## Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>1</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>2-3</b>
<b>Antecedentes.....</b>	<b>4-5</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>6</b>
<b>Planteamiento del problema.....</b>	<b>7</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>8</b>
<b>Marco teórico.....</b>	<b>9-23</b>
<b>Diseño metodológico.....</b>	<b>24-29</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>30-38</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>39-40</b>
<b>Conclusión.....</b>	<b>41</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>42</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>43-45</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>46-49</b>





## Resumen

**OBJETIVO:** Determinar los factores asociados a la adherencia al programa de Control Prenatal, en gestantes de los sectores del puesto de salud Primero de Mayo, de la ciudad de León, en el periodo de diciembre 2017 a junio 2018.

**METODOLOGIA:** Estudio de cohorte transversal analítico. Universo 55 gestantes. Se aplicó encuesta y test de Moriski que indagó, datos generales y factores asociados y parámetros de valoración para la adherencia al CPN. Datos obtenidos se analizaron en SPSS.

**RESULTADOS:** La prevalencia de adherencia al CPN fue de 29%. Pacientes Adultas 70.9% y adolescentes 29%, el 40% amas de casa, con nivel de educación secundaria 52.7%; estado civil, unión estable 45.5%. Características obstétricas 52.7% son primigestas, finalización de embarazo en parto fisiológico 35.5%. Existe relación entre la adherencia al CPN con pacientes que ingresan al programa antes de las 12 semanas de gestación (P: 0.00), toman la medicación indicada en tiempo y forma (P: 0.001), comprenden la importancia de la revisión médica (P: 0.00), cumplen indicaciones médicas (P: 0.00), asistencia a más de 4 controles (P: 0.00) y al periodo intergenesico mayor a 2 años (P: 0.09).

**CONCLUSION:** No ser ama de casa y poseer un nivel académico alto son los principales factores sociodemográficos y en relación a los factores obstétricos las multigestas, asistir a más de 4 controles y el periodo intergenésico mayor a dos años, posee el mayor porcentaje de adherencia. No encontramos relevancia significativa entre los factores institucionales y la adherencia al control prenatal.



## Introducción

El control prenatal es el eje inicial para la adecuada atención materna, conjuntamente con el parto institucional y el seguimiento del recién nacido siendo una buena estrategia de reducción de morbilidad. Por lo que el abandono al control prenatal, no necesariamente lleva a no asistencia del parto institucional, si no que interrumpe las actividades preventivas y de promoción de la salud, porque limita los contactos entre el profesional de la salud y pacientes. Se estima que por cada muerte materna ocurren 10 muertes perinatales; las cuales están vinculadas, a factores de salud materna y a la inadecuada atención prenatal, del parto y del recién nacido, teniendo como resultado casos de bajo peso al nacer, prematuros y asfixia neonatal.<sup>1</sup>

El control prenatal sigue teniendo problemas en su cobertura y calidad. Un estudio realizado en México sobre factores de riesgo para muerte materna, encontró que de los casos estudiados el 54,8% tenían atención prenatal. Torres y col. en Colombia identificaron que la ausencia de control prenatal aumenta el riesgo de muerte materna (OR: 8,0 IC 95% 2,3 – 28,3) el grupo de menor riesgo son lo que tienen entre 5 y 9 controles, mientras los de mayor riesgo fueron los que tenían 1 y 4 controles, el riesgo aumenta cuando no se tiene ninguna atención prenatal, esta información no es comparable con lo estipulado por el Ministerio de Salud, que coloca como mínimo 6 o más atenciones prenatales.<sup>2,3</sup>

Actualmente, en Nicaragua, es importante la vigilancia de la mujer durante el desarrollo del embarazo, puesto que su función primordial es evitar que la gestación abandone los límites fisiológicos o bien, que al suceder esto, sean detectadas las alteraciones en sus fases iniciales para ofrecer tempranamente el tratamiento adecuado y con ello obtener madres y productos más sanos. Pero aun así las gestantes abandonan o no asisten a sus citas de control prenatal. Atendiendo a lo antes mencionado entonces, cuáles son los factores por el cual, las gestantes abandonan o no concluyen sus atenciones prenatales.<sup>2</sup>

La evidencia indica que existen factores personales de las gestantes, factores de la institución y factores médicos que causan la inasistencia de las embarazadas al



control prenatal; es por esto que es de gran importancia realizar este estudio para conocer los factores que influyen en la adherencia al mismo, así enfatizar en ellos y buscar estrategias para evitar dichos factores y aumentar las tasas de gestantes que cumplen con sus controles prenatales y disminuir la morbilidad materna – fetal.<sup>2</sup>





## Antecedentes

A nivel mundial la no adherencia al servicio de control prenatal es una problemática creciente, donde el 70% de las gestantes en algún momento de los embarazos de toda su vida tienen una baja asistencia. En Nicaragua existen estudios que valoran la adherencia de las mujeres embarazadas al programa.<sup>2</sup>

Un estudio realizado por médicos en servicio social de la UNAN – León, determinó que el 41.9% de las gestantes del área rural de la comunidad Wuamblan, municipio de Wiwili – Jinotega en el año 2014 eran inasistentes al programa, sumando que la mayoría de estas eran adolescentes (56.4%), multíparas (58.2%), analfabetas (40%), con dificultades de transporte por lejanías geográficas (65%) y con familiares a su cuidado (64.1%), factores que ellos consideraron de riesgo y al mismo tiempo determinantes al no cumplimiento de los CPN.<sup>2</sup>

Chavarría en un estudio que realizó en la ciudad de Managua; en el centro de salud Buitrago, identificó que el divorcio o disolución de la unión es una causa de inasistencia al control prenatal (60%), la inaccesibilidad geográfica (15%), no tener quien les cuide a otros hijos (10%), falta de permiso en el trabajo (10%) y porque no les interesa ir (5%).<sup>14</sup>

Por lo contrario en un estudio realizado en ciudad Sandino, hecho por Murillo L, Miranda W. justifica la disminución de la calidad del control prenatal puesto que las pacientes no asisten a sus citas porque refieren que pierden el tiempo y no es importante para ellas.<sup>16</sup>

Por otro lado, la asistencia a los controles prenatales, tiene ciertas desigualdades a nivel de estratos socioeconómicos. Villar J. y cols, encontraron que las embarazadas de clases social alta son cumplidoras eficientes con el programa, lo que no ocurre en el polo opuesto del estrato pues, las gestantes de clases social media y baja asisten a menos de 6 CPN, sumándole un inicio tardío al mismo.<sup>8</sup>

Camarena P. afirma en su estudio sobre los factores incidentes en el abandono al control prenatal que por lo menos el 35% de las mujeres de los países en desarrollo no recibe atención prenatal, cerca del 50% da a luz sin la asistencia de personal



calificado y el 70% no recibe atención postparto en las seis semanas siguientes al parto.<sup>1</sup>

Noel V, Karin G. en un estudio realizado en Lima- Perú, obtuvo como resultado que el temor al examen ginecológico y el olvido de la fecha de la cita de la atención prenatal están asociados al abandono del control prenatal, así como también que no tienen apoyo familiar.<sup>15</sup>



## Justificación

El programa de control prenatal (CPN), es una estrategia internacional de atención a las mujeres embarazadas con el fin de preservar la continuidad del embarazo con normalidad y plenitud, cuya implementación también demanda la participación de la madre.

Este permite al personal poder identificar factores de riesgo y complicaciones durante el curso del embarazo y por tanto al ser estos modificados, disminuye la mortalidad materna-fetal, partos prematuros y número de productos con bajo peso al nacer, lo que le otorga al programa un alto grado de importancia a la atención de la embarazada.<sup>6</sup>

Sin embargo, a diario en el sector de atención primaria de nuestro país y de otros países en vías de desarrollo, encontramos un considerable número de mujeres embarazadas que no asisten al control prenatal, diferentes estudios internacionales han demostrado que una inadecuada adhesión al control prenatal da como resultado una salud deficiente e incremento de las complicaciones del binomio madre e hijo.

Es por esto que, con el presente estudio pretendemos conocer los factores que inciden en la adherencia al control prenatal, puesto que en la ciudad de León no se han realizado ningún estudio sobre esta problemática y a través de este poder incidir en el personal de salud y así planificar nuevas estrategias que involucren y generen conciencia a la usuaria para mejorar la atención y disminuir la morbimortalidad materna-perinatal que beneficia al sistema de salud y a la sociedad en general.



## Planteamiento del problema

El control prenatal tiene como objetivo la prevención y reducción de la morbi-mortalidad materna- perinatal y está encaminado a promover la salud del binomio madre-hijo y obtener finalmente un neonato sano.<sup>5</sup> La OMS considera que un control prenatal de buena calidad es aquel que inicia en el primer trimestre del embarazo, donde se eduque, proteja, detecte y se realice tratamiento de enfermedades que puedan aparecer en la gestación, con al menos 5 citas, idealmente 8, durante el embarazo donde el médico realice la primera y participe en las siguientes citas.<sup>6</sup>

Es por esto que el incumplimiento y la no adherencia de las gestantes a sus controles prenatales es una problemática presente en todo el mundo cuya magnitud va en ascenso y se estima que el 70% de dichas mujeres presentan a lo largo del embarazo una baja asistencia la cual, tendrá como consecuencia defunciones maternas por complicaciones no identificadas a tiempo. De acuerdo con las OMS las defunciones maternas se presentan durante el parto en el 50% y en el 70% en el postparto, el 45% de las defunciones maternas puerperales se produce durante las primeras 24 horas, y más de las dos terceras partes durante la primera semana, Torres y colaboradores:<sup>(1) (3)</sup>

Debido a que en nuestro país el número de muertes maternas por complicaciones en el embarazo, parto y puerperio van aumentando cada año, es probable que la falta de cumplimiento de las gestantes a los controles prenatales sea el principal factor determinante.<sup>(3)</sup>

Por lo tanto, nos formulamos la siguiente pregunta investigativa ¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia al programa de Control Prenatal en gestantes de los sectores del puesto de salud Primero de Mayo de la ciudad de León?



## **Objetivos**

### **General**

Determinar los factores asociados a la adherencia al programa de Control Prenatal, en gestantes de los sectores del puesto de salud Primero de Mayo de la ciudad de León, en el periodo de diciembre 2017 a junio 2018.

### **Específicos**

- 1- Describir las características sociodemográficas y obstétricas de la población a estudiar.
- 2- Determinar la adherencia al control prenatal de las gestantes.
- 3- Relacionar los factores de las gestantes y la adherencia al servicio de control prenatal.



# **Marco teórico**



## Conceptos generales

**Control prenatal:** Se define como una serie de entrevistas, o visitas programadas de la mujer embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la maternidad.

**CPN precoz:** Se denomina a la atención prenatal que se brinda a la embarazada en el primer trimestre del embarazo.

**Calidad de atención:** Son una secuencia de actividades normadas por el Ministerio de salud que permiten la relación del proveedor de servicios con la usuaria para obtener resultados satisfactorios.

**Embarazo:** Es una condición de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 10 meses lunares o 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación.

**Edad gestacional:** Es el número de días o semanas completas a partir del último periodo menstrual.

**Factor de riesgo:** Es toda característica asociada a una probabilidad mayor de sufrir daño durante el trayecto del embarazo.

**Muerte materna:** Es el fallecimiento de toda mujer mientras esté embarazada o dentro de los 42 días siguientes al embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Se considera defunción tardía cuando la muerte de la mujer por causa obstétrica directa o indirectas después de los 42 días pero antes de 1 año de la terminación del embarazo.

**Nacido vivo:** Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, tales como palpitations del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto



si ha cortado o no el cordón y está o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como niño o niña vivo.

### **Puesto de salud primero de mayo.**

El puesto de salud primero de mayo, pertenece al territorio del centro de salud MANTICA; el cual está compuesto por 3 sectores atendiendo la siguiente población: sector 34 (6305), el sector 35 (6300) y el sector 36 (5,700); para un total de 18, 305 usuarios.

Se encuentra ubicado al noreste de la ciudad de León en el barrio que lleva el mismo nombre Primero de Mayo.

Fue remodelado en Julio del 2014, las instalaciones se encuentran en buen estado. Posee buenas vías de acceso puesto que la mayoría de las calles se encuentran adoquinadas y asfaltadas, sin mencionar que hay acceso a todas las rutas de la ciudad de León.

Actualmente el puesto de salud atiende a 250 embarazadas que viven en el sector primero de mayo, el coyolar. De las cuales algunas acuden a sus controles y otras fallan a sus citas por lo cual es indispensable conocer el motivo por el cual estas pacientes dejan de asistir del servicio de salud que les brinda el MINSA.

### **Control Prenatal.**

A inicios del siglo XX, un sin número de organizaciones en pro de la salud empezaron a evaluar la calidad de servicios de salud, esto ayudo como una herramienta indispensable en la transformación de los sistemas de salud, respondiendo las deficiencias de este ente. <sup>(9)</sup>

Para los profesionales de la salud, la búsqueda de la calidad del servicio es un desafío y prioridad estratégica, específicamente en los servicios públicos en el cual el compromiso de mejoras en cuanto a la calidad de atención para la población es mucho más alto, siempre y cuando teniendo en mente la carencia de recursos, salarios bajos los cuales representan una problemática grande en la calidad de estos servicios. <sup>(5)(9)</sup>





El control prenatal es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, instaurar el manejo adecuado, prevenir complicaciones y prepararla para parto, maternidad y crianza. Sin embargo, no todas las embarazadas logran acceder al CPN por diferentes razones, la mayoría ajenas a su voluntad. Por tanto, es necesario reflexionar sobre las barreras de acceso y motivos de las fallas de adherencia al CPN. <sup>(10)</sup>

La organización mundial de la salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. <sup>(9)</sup> Sin embargo, no todas las mujeres acceden al CPN y algunas no logran la adherencia a las recomendaciones, ni cumplir con la periodicidad de asistencia al mismo.

### **Datos estadísticos del control 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. <sup>(11)</sup>

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 más de 5.1 control, el 61 % reportó 4 o más 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 elevó al 23%.<sup>(11)</sup>

El 81 % de estos controles fueron brindados por personal calificado, médico 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 %.<sup>(11)</sup>

### **Objetivos del control prenatal:**

Los objetivos del CPN son: diagnosticar las condiciones fetales y maternas, identificar factores de riesgo y educar a la gestante para el ejercicio de la maternidad y crianza. Además de los riesgos biológicos se exploran los riesgos biopsicosociales y se brinda orientación a la gestante y a su pareja para propiciar una relación óptima entre padres e hijos desde la gestación.<sup>(10)</sup>

Por lo cual con el control prenatal se espera detectar y tratar oportunamente la mortalidad obstétrica y perinatal. La primera hace referencia a los eventos que se presentan en la embarazada y que pueden influir en la salud y bienestar de madre e hijo. Los eventos de morbilidad más frecuentes son: hemorragias, infecciones, síndromes hipertensivos gestacionales.

Por otro lado, la mortalidad perinatal comprende afecciones propias del neonato como prematuridad, asfixia, malformaciones congénitas, síndrome de dificultad respiratoria y bajo peso al nacer. Dichos eventos pueden agravarse y llevar a la muerte.

El logro del objetivo, el cual consiste en preparar a la embarazada para la maternidad y crianza, se fundamenta en la promoción de la salud. El CPN brinda la oportunidad de hacer competente a la embarazada para cuidar su salud y la de su hijo, detectar oportunamente riesgos, buscar la atención necesaria y fomentar hábitos y conductas saludables.

### **Atributos del control prenatal.**



La atención prenatal, es una serie de visitas programadas de la embarazada con el proveedor de salud, donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del-a recién nacido/a. <sup>(10)</sup>

Debe cumplir con cinco atributos básicos: debe ser precoz, periódica, continua, completa y de buena calidad. <sup>(10)</sup>

1. PRECOZ: Es cuando la primera atención se efectúa durante los 3 primeros meses de embarazo.

2. PERIODICA: Es la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a las unidades de Salud.

3. CONTINUA: Es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida.

4. COMPLETA: Es cuando el contenido de las atenciones garantiza el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.

5. CALIDAD: Las atenciones deben brindarse previo consentimiento informado, con base en estándares clínicos, gerenciales y de satisfacción a las embarazadas.

Para cumplir con ello, existe un modelo estándar de CPN, en el cual debe consultar la embarazada tan pronto tenga la primera amenorrea y continuar consultando hasta realizar como mínimo 4 CPN. <sup>(10)</sup>

#### **Actividades que se realizan en el control prenatal:**

1. Anamnesis
2. Examen clínico general.
3. Examen ginecológico.
4. Diagnóstico del embarazo.
5. Determinación de la edad gestacional.
6. Medición de la talla.



7. Medición del peso.
8. Determinación de la presión arterial.
9. Diagnóstico de la vitalidad fetal.
10. Evaluación de la cantidad de líquido amniótico.
11. Diagnóstico 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. Determinación de HB.
17. Evaluación de la pelvis.
18. Presentación fetal.
19. Evaluación de riesgo.
20. Examen odontológico.
21. Vacunación anti-tetánica.
22. Administración de Fe y AC. Fol.
23. Educación (conserjería).

### **Adherencia al control prenatal.**

La adherencia comprende tanto la asistencia al control, como el cumplimiento de las recomendaciones dadas.

La OMS considera que sólo 73% de las embarazadas en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de CPN. <sup>(9)</sup>

### **Abandono al control prenatal**

Toda gestante está en la obligación de realizarse no menos de 4 controles prenatales, de forma precoz, periódica, completa, continúa según indica la



normativa de nuestro sistema de salud. Los estudios indican que el elemento más adecuado para el control prenatal es iniciarlo lo más precozmente posible. Cuando estos elementos se realizan de forma parcial, como por ejemplo tener menos de 4 controles prenatales, se produce un evento denominado abandono al control prenatal, la OMS identificó que sólo el 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de control prenatal, con una media de 4 controles <sup>(9)</sup>. Waldenfels y colaboradores encontraron un 30% de encuestadas que no acudieron al control prenatal, el 70% había tenido entre uno o más controles prenatales, el promedio de controles fue de 6<sup>(12)</sup>.

Entre los factores identificados tenemos:

- **Embarazo no deseado:** Se hace necesario hacer una distinción entre los conceptos “embarazo no deseado” y “no planeado”, el embarazo no planeado es cuando la mujer no tenía en sus planes embarazarse, pero acepta el embarazo y tener al producto, en cambio el embarazo no deseado se refiere cuando la mujer queda embarazada sin quererlo, pero por cuestiones personales, sociales y culturales, se ve obligada a tener al producto. Datos publicados en todo el mundo, obtenidos con metodología retrospectiva, indican que un tercio de los embarazos son no deseados. En el caso de Estados Unidos, 48% de las mujeres de entre 15 a 44 años que se han embarazado, tuvieron como mínimo un embarazo no deseado. En 1997, en Chile, se realizó un estudio con mujeres de estrato socioeconómico bajo; 56% refirió no desear su embarazo, de ellas 23% de manera contundente no deseaba el embarazo, mientras 33% declaró tener sentimientos mezclados (deseaban ser madres, pero no en ese momento). Los embarazos no deseados tienen como origen diferentes factores que van de lo técnico (uso inapropiado del anticonceptivo, la mala calidad de éste), a lo humano <sup>(12)</sup>.

- **Primaria incompleta:** El bajo nivel educativo está más asociado a la utilización o no del control prenatal. En un estudio realizado en la comunidad de Wuamblan-Wiwilí, Jinotega de nuestro país; se obtuvo como resultado de investigación que el 70% de embarazadas son inasistentes al CPN las cuales no tenían ningún grado de escolaridad; y el restante tenían algún grado de escolaridad. En el estudio de



Chavarría <sup>(11)</sup>, cuyo título fue no cumplimiento a las citas en atención prenatal de las embarazadas en Nicaragua el 45% tenían educación primaria. En un estudio realizado por Murillo y Miranda <sup>(15)</sup> sobre calidad del control prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino, Managua Nicaragua encontraron que el 35.2% tenían educación primaria. Arispe y colaboradores <sup>(16)</sup> encontraron que las que tenían menos de 5 controles prenatales y tenían primaria incompleta fueron el 35.1% y el 28.6% tuvieron más de 5 controles prenatales.

- **Soltera sin pareja estable:** Arispe y colaboradores <sup>(16)</sup> identificaron que el 17.7% de las solteras no concluía su control prenatal en comparación del 7,1% que si lo terminó. Chavarría <sup>(11)</sup> identificó el divorcio o disolución de la unión como causas de inasistencia al control prenatal.

- **Domicilio lejano:** En otro estudio de Feneite y colaboradores <sup>(13)</sup> volvieron a identificar el domicilio lejano (19,3%) como elemento para inasistencia al control prenatal. Chavarría <sup>(11)</sup> identificó la inaccesibilidad geográfica como causas de inasistencia al control prenatal debido a déficit de transporte.

- **Desempleo:** Corresponderá cuando el resultado de las actividades realizadas por la mujer no le lleva a obtener alguna retribución económica. Chavarría <sup>(11)</sup> identifico en su estudio realizado en Nicaragua que el 66% de las que se controlaron eran amas de casa y un 18% eran estudiantes. Las embarazadas señalaron que el gasto para la realización de exámenes complementarios y ultrasonido así como algunos medicamentos que no les dispensa en la unidad de salud, les impide regresar, pues el personal les orienta que son muy importantes para poder ser atendidas el día de la cita establecida. Además el tiempo de espera, les lleva a mayor gasto por que tienen que comprar alimentos. El personal de salud reconoce que las razones económicas son una causa que incide en la asistencia de las embarazadas y la asocian principalmente a la dificultad en cuanto a la distancia y pago de medio de transporte, de comida durante sus horas de estancia y de exámenes de laboratorio que tienen que realizarse. Existe similitud en los argumentos de ambos grupos, sin embargo estas razones económicas parecen ser secundarias a causas primarias relacionadas a los servicios de salud. El aspecto económico es identificado en la



literatura revisada, pues mencionan que las mujeres más pobres son las que tienen menos acceso a este servicio, así mismo en las Normas de atención prenatal es considerado una de las barreras para no acudir.

- **Dificultad para obtener permiso en el trabajo:** Chavarría <sup>(11)</sup> Debido al estrés laboral de las mujeres que trabajan la Ley contempla el otorgamiento de una incapacidad durante el embarazo, que se divide en 42 días antes del parto (incapacidad prenatal) y 42 días después del nacimiento del neonato (incapacidad postnatal). En general, la mayoría de las mujeres que trabajan y que pueden optar por la incapacidad continua deciden diferir el disfrute de la incapacidad prenatal, con la finalidad de que la incapacidad posnatal sea mayor y puedan dedicarle más tiempo al recién nacido. El hecho de trabajar en las etapas cercanas previas al nacimiento incumple la finalidad de mantener a la embarazada en condiciones ideales de reposo, tranquilidad y alimentación adecuada. Debido a ello, puede haber complicaciones obstétricas, como: amenaza de parto pretérmino, neonatos de bajo peso al nacer, hipertensión gestacional, etc. Chavarría <sup>(11)</sup> identificó dificultad para obtener permiso durante el trabajo como factor para abandono al control prenatal. Chavarría <sup>(11)</sup> identificó que el cuidado de los niños, de la casa como factor para abandono al control prenatal. El cuidado de sus hijos, la prioridad por la educación de ellos, cuidado de hogares y dejar o minimizar los aspectos relacionados a su salud y la del nuevo Bebe, se corresponden a barreras identificadas en las Normas de Atención prenatal del Ministerio.

- **Quehaceres domésticos:** Para las gestantes el ejercicio físico es cualquier actividad que se realice a diario, incluyendo los quehaceres del hogar y el caminar. Durante el embarazo existe una red de apoyo del mismo, en un primer momento este lo provee la pareja, pues con el advenimiento de un nuevo ser se hace necesario que la gestante que no trabaja, sea mantenida y apoyada, económica, emocional y socialmente durante todo su proceso, esto puede dificultarse cuando los trabajos del hogar son excesivos en una gestante, como por ejemplo cuando se viven con muchos miembros (hijos, familiares otros) y la gestante es la persona que



se encarga de los quehaceres del hogar, Chavarría <sup>(11)</sup> identificó que la realización de los quehaceres domésticos es un factor para abandono al control prenatal.

- **Poco apoyo de la familia:** Se ha determinado que la falta de dinero para movilizarse y realizar los exámenes pertinentes, la ausencia de cobertura médica, la desinformación, el embarazo no deseado o las falsas creencias sobre la etapa del embarazo pueden atravesarse con un respaldo del entorno familiar. Chavarría <sup>(11)</sup> identificó que el poco apoyo de la familia es un factor para abandono al control prenatal.

- **Olvido de citas:** Chavarría <sup>(11)</sup> identificó el olvido de las citas como factor para abandono al control prenatal, pues en ellas, se fija una fecha en la cual debe regresar a la unidad de salud, sin embargo, no se acuerda con la embarazada cuando regresar, como se describe en los protocolos de atención de otros países y en la Normas de atención prenatal de Nicaragua, sino que se hace con la disponibilidad de tiempo institucional a través de la agenda de citas. Es importante mencionar que las embarazadas confirman que reciben orientación de acudir inmediatamente si presentan un signo de peligro o de alarma, de los cuales destacan; dolor de cabeza, inflamación de los pies, sangrado vaginal y rotura antes de tiempo de la fuente, lo cual es muy importante y refleja que el personal si les orienta un poco, como lo describen las normas de atención de la atención prenatal, pero por otro lado, al no presentar estos síntomas o signos ellas pueden no regresar por considerar su embarazo normal, lo cual mencionaron algunas de ellas.

- **Edad:** Arispe y colaboradores <sup>(16)</sup> identificaron en un grupo que tuvo menos de 5 controles prenatales que el 65.2% se encontraba entre los 20 a 35 años, mientras que el 78.6% de las que tuvieron más de 5 controles prenatales se encontraban en el mismo rango de edad.

- **Educación secundaria:** Chavarría <sup>(11)</sup> en Nicaragua identificó que el 32% de las gestantes que acudían al control prenatal tenían educación secundaria. Arispe y colaboradores <sup>(16)</sup> identificaron en las que tuvieron menos de 5 controles prenatales que el 50.6% tenía secundaria completa, mientras que el 42.9% de las de más de 5 controles prenatales se encontraba en este rango.





- Multiparidad: Chavarría <sup>(11)</sup> en Nicaragua identificó un 58% de gestantes que acuden al control prenatal presentaban multiparidad. Arispe y colaboradores <sup>(16)</sup> identificaron que el 38.2% de las gestantes que no tuvieron más de 5 controles prenatales tenía más de 2 gestaciones, comparado con el 25% que tenía más de 5 controles prenatales.
- Desconocimiento sobre el control prenatal. Corresponderá a la falta de conocimiento por parte de las pacientes de la existencia de las actividades del control prenatal. Feneite y colaboradores <sup>(14)</sup> encontraron en un grupo que abandonó al control prenatal 57,6% desconocía la importancia del control.

### **Factores institucionales:**

- Ambiente inadecuado para la consulta prenatal. Faneite y colaboradores <sup>(14)</sup> encontraron en un grupo que abandonó al control prenatal 42,6% identificó los ambientes inadecuados para la consulta como un factor de abandono, en otro estudio realizado por el mismo autor fue del 39,2%.
- Poca prioridad para su atención. La consulta prenatal tiene el problema de la atención por turnos y horarios, muchas gestantes tienen problemas para poder acudir a turnos específicos debido a que para poder realizar la consulta tienen que sortear por varias barreras, la económica, social, administrativa y cuando llegan a la atención se cuentan con que ya no hay cupos, o las atenciones ya han sido repartidas o llegaron fuera de hora o llegaron a tiempo pero por problemas administrativos, esta consulta no podrá ser realizada y ya no podrá ser atendida, Chavarría <sup>(11)</sup> identificó este factor como determinante para no seguimiento del control prenatal.
- Incoordinación entre los servicios para atenderla. Chavarría <sup>(11)</sup> en su estudio identificó incoordinaciones evidentes, por lo que recomendó tomar este punto a la hora de realizar mejoras pues considerado al momento de afectar o redistribuir a los recursos humanos en función de las prioridades, enfatizaron en que se debe de mejorar las condiciones básicas de insumos y mejorar la privacidad en su atención, que se mejore el trato en la unidad de salud y haya más coordinación a lo interno.



- Tiempo de espera largo. Chavarría <sup>(11)</sup> identificó este factor como elemento para no cumplimiento del control prenatal. Así mismo la oportunidad que tienen las mujeres de que se les oriente sobre la evolución de su embarazo, el cual por razones de disponibilidad de tiempo con que cuenta el personal que les atiende, hace que la atención sea muy rápida y la consejería se limite a fijar una fecha para su próxima cita y a que ellas regresen si presentan un signo de peligro. Es claro que no se utiliza adecuadamente la agenda de citas ya que esta establece citas escalonadas para la atención subsecuente, sin embargo tanto las embarazadas como el personal de salud no cumplen con este objetivo, ya que se atiende en la misma modalidad de la consulta general que quien llega primero es el primero que se va y esto concluye en prolongados tiempos de espera, cansancio de las embarazadas y un ambiente de consulta tenso y sujeto a presión la mayoría de veces. También el hecho de no organizar los servicios para optimizar oportunidades hace que se incrementen aún más el tiempo de espera, que se abrumen las embarazadas transformándose un proceso donde todo puede ser coordinado, ordenado e integral en un proceso que se hace cada vez más complejo.

- Ubicación lejana al lugar de atención. Chavarría <sup>(11)</sup> identificó este factor como causal de abandono. Las embarazadas y el personal de salud expresan que la distancia del Centro de Salud, es una de las causas de inasistencia, pues les toca caminar mucho y en su estado es muy riesgoso y difícil, el usar un medio de transporte está en relación a su situación económica, esto es considerado también en otros países según literatura revisada.

- Poco tiempo para la consulta. En nuestra realidad, los tiempos de consulta prenatal juegan con un parámetro establecido, se espera que una primera consulta tenga que realizarse dentro de 45 minutos y las consultas posteriores en 15 minutos, estos son indicadores de productividad, pero sin embargo, este tiempo no ha sido traducido a las gestantes y en muchas ocasiones se ha estimado que las pacientes consideran que el tiempo que se les brinda para la consulta prenatal es insuficiente, debido a que dentro de la misma hay que realizar una serie de actividades administrativas (registro de formularios, documentos, entre otros), realizar



exploraciones físicas, que queda muy poco tiempo para la educación materna y demás objetivos del control prenatal. Feneite y colaboradores <sup>(13)</sup> identificó este hecho en el 23,2% de pacientes que inasistieron al control prenatal.

### **Factores médicos.**

- Relación médico-paciente insatisfactoria. Chavarría <sup>(11)</sup> encontraron que el trato inadecuado era un factor para abandono al control prenatal. Las diferencias se encuentran predominantemente en las relacionadas al personal de salud, puesto que las embarazadas expresaban una relación de apatía y sentimientos de miedo con ciertos médicos, médicas y enfermeras que les atendían. Con respecto a la relación con el médico para intercambiar o conversar sobre su embarazo, manifestaron que ellas tenían que estar preguntando siempre, ya que ellos escriben, escriben y no les dicen nada razón por la cual lo que ellas esperan no se cumple. Así mismo una de ellas preguntó sobre un “dolor que sentía en sus canillas a lo cual el Médico respondió: “mientras no sea en la barriga.”
- Relación médico-paciente impersonal. El estudio realizado por Waldenfels y colaboradores <sup>(12)</sup> nos indicó que un 35,9% de las pacientes refieren que el dialogo entre profesional de la salud y paciente es lo más importante, así mismo se identificó que el 69,5% de los controles fueron realizados por médicos ginecólogos y 30,5% por parteras, el trato por los mismos fue catalogado como bueno en la gran mayoría de los casos (94,8%). El mismo estudio indicó que una de las razones por las cuales las pacientes no acudieron a su control prenatal fue por el miedo al examen ginecológico. Chavarría <sup>(11)</sup> identificó este factor como asociado al abandono al control prenatal. Algunas refirieron ser bien atendidas y que el personal de salud había mostrado interés en la atención hacia ellas.
- Consulta de baja calidad. Chavarría <sup>(11)</sup> identificó en su estudio que las embarazadas perciben la atención prenatal como un proceso incompleto, puesto que parte de lo que se tiene que garantizar es asumido por ellas, como la realización de exámenes complementarios y compra de medicamentos como multivitamínicos y otros importantes para tratar problemas durante el embarazo, el personal de salud expresa que se hace lo mejor que se pueda en las condiciones en que se trabaja y



esto último” es muy importante porque a pesar de las limitantes que se tienen en las diferentes unidades de salud siempre se trata de garantizar con lo que se tiene de la forma más adecuada.” Para las embarazadas la calidez en la atención y la no rotación de personal se constituye en un pilar fundamental. La experiencia que una mujer haya tenido con un embarazo, o un parto anterior tiene relevancia en este estudio, las embarazadas dentro de sus experiencias mencionaban la atención que recibían en embarazos y partos anteriores muchas de ellas desfavorables, pero otras muy favorables con respecto a los servicios de salud. Pero es de especial importancia el hecho que ellas no mencionan aspectos o experiencias negativas relacionadas con problemas del embarazo por la no asistencia a los servicios de salud. Este aspecto se menciona en un estudio realizado en el primer nivel en México donde se identifica que la población más pobre es la que recibe peor trato.



## **Diseño metodológico**

### **Tipo de estudio:**

Se realizó un estudio corte transversal analítico.

### **Población de estudio:**

Total de embarazadas del puesto de salud, que ingresaron al programa de control prenatal en la unidad.

### **Área de estudio:**

El estudio se realizó en la ciudad de León, puesto de salud Primero de Mayo en los tres sectores que lo conforman.

### **Periodo de estudio**

Diciembre de 2017 a Junio del 2018.

### **Fuente:**

Fuente primaria y secundaria. En la fuente Primaria, se recopiló datos directamente de las embarazadas, de los 3 sectores del puesto de salud Primero de Mayo y Secundaria, porque se recolectó datos en los expedientes, sobre sus asistencias a los CPN y riesgos encontrados.

### **Instrumento de recolección**

Utilizamos una encuesta formulada con 3 acápites que incluyeron:

- 1- Datos sociodemográficos y ginecobstetricos.
- 2- Adherencia al control prenatal.
- 3- Factores asociados a la adherencia (personales, factores institucionales, factores médicos. (Ver Anexos).

### **Procedimientos de recolección de datos**

- 1- Se pidió la autorización de las autoridades del puesto de salud Primero de Mayo de la ciudad de León y se informó sobre el estudio y sus objetivos.



- 2- Nos coordinamos con los médicos a cargo de cada sector y se organizó a las pacientes que ingresaron al programa por primera vez.
- 3- Se realizó un censo de investigación donde se registró los datos de la paciente y sus fechas de próxima cita para visitarlas en la atención médica.
- 4- Se aplicó el instrumento a todas las participantes.
- 5- Toda aquella paciente que deje de asistir a sus CPN se procedió a buscar a su casa de habitación y se le realizó la encuesta.

### **Criterios de inclusión**

- 1- Participantes que pertenecen o laboren en el área geográfica descrita anteriormente y que formen parte de los sectores del centro de salud primero de Mayo.
- 2- Que las participantes estén ingresando al programa para su primer control y posterior seguimiento.

### **Criterios de exclusión**

- 1- Todas aquellas embarazadas que ya tengan más de un control prenatal al iniciar el estudio.

### **Plan de análisis:**

Se hizo limpieza de la base de datos, este proceso permitió controlar los posibles errores al introducir los datos, los cuales fueron procesados y analizados en el paquete estadístico de SPSS versión 22.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables del estudio, calculando frecuencias y porcentajes, posteriormente, se calculó la prevalencia de la adherencia de las embarazadas al CPN, utilizando la fórmula (No. de casos entre total de la población x 100). Finalmente, para encontrar la relación entre los factores que influyen en la no adherencia al CPN y los factores asociados, se utilizó la prueba estadística  $X^2$ , considerando que existe relación, si el valor de P es  $<0.05$ , la Razón de Prevalencia y el IC95%. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos.

### **Consideraciones éticas**



Cada participante firmó un consentimiento informado en donde se especificó su participación voluntaria y su autorización para obtener la información necesaria.

Los participantes estuvieron al tanto de los objetivos que se pretenden alcanzar con la investigación.

Todos los datos de la investigación fueron manejados de forma confidencial, solo con fines académicos.



## Operalización de las variables

<b>Variable.</b>	<b>Definición.</b>	<b>Valor/Etiqueta.</b>	<b>Indicador</b>
Edad.	Años cumplidos desde el nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"><li>• 15-19</li><li>• 20-36</li></ul>	% de cada grupo de edad
Ocupación	Acción y resultado de ocupar o de ocuparse ya sea por un salario o no.	Ama de casa Secretaria Maestra. Oficinista Otros	Tipo de ocupación u trabajo que realiza la persona.
Procedencia.	Lugar y origen donde habita la persona.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rural</li><li>• Urbano</li></ul>	% Rural % Urbano
Nivel académico.	Grado o año de estudio el cual posee la persona.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Analfabeta</li><li>• Alfabetizado</li><li>• Primaria</li><li>• Secundaria</li><li>• Universidad</li><li>• Técnico superior</li></ul>	% de cada uno de los niveles académicos.
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función si tiene o no pareja y su situación legal con respecto a esto.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soltera</li><li>• Unión estable</li><li>• Casada</li><li>• otro</li></ul>	% de cada condición de las pacientes según su registro civil.





Paridad	Periodo que transcurre entre la implantación en el útero del ovulo fecundado y el momento del parto.	Primigesta. Multigesta. Gran multigesta.	Cantidad de embarazos a lo largo de su vida.
Periodo intergenésico.	Periodo de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo.	Menor de 2 años Mayor de 2 años No aplica	Adecuado inadecuado
Tipo de culminación de gestas previas.	Tipo de culminación de partos	Gestas Paras Abortos Cesáreas No aplica	Cantidad de partos en dependencia de la culminación.
Controles prenatales	Conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación.	Menor o igual a 4 controles Mayor de 4 controles	Cantidad de controles prenatales realizados antes del parto.
Adherencia al control prenatal	Embarazadas que asisten a sus a todos los controles prenatales que les brinda su unidad de salud y cumplen con	*No *Si	Adherencia al control prenatal de las pacientes por medio del cálculo de prevalencia.



	las indicaciones médicas correspondientes.		
Factores de abandono del CPN	Motivos por los cuales las embarazadas dejaron de asistir a sus controles prenatales	<b>*Factor Personal:</b> Código desde b1 – b14.  <b>*Factor institucional:</b> Código desde C1 – C5  <b>*Factor médico:</b> desde Código d1 – d5.	Factor que más se presenta y % de cada uno de esto.



# Resultados



## Características sociodemográficas de la población en estudio:

Tabla No. 1 Distribución porcentual de las características sociodemográficas de las gestantes del centro de salud primero de mayo, León. **N: 55**

Variables	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad</b>		
15 a 19 años	16	29.1
20 a 36 años	39	70.9
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	22	40.0
Secretaria	2	3.6
Maestra	4	7.3
Oficinista	2	3.6
Comerciante	6	10.9
Estudiante	19	34.5
<b>Procedencia</b>		
Urbano	49	89.1
Rural	6	10.9
<b>Nivel académico</b>		
Analfabeta	1	1.8
Alfabeta	1	1.8
Primaria	9	16.4
Secundaria	29	52.7
Universidad	13	23.6
Técnico superior	2	3.6
<b>Estado civil</b>		
Soltera	11	20.0
Unión estable	25	45.5
Casada	19	34.5

Respecto a las características sociodemográficas de las pacientes encontramos rangos de edad entre 15 – 36 años, las cuales agrupamos según la normativa de atención prenatal en adolescentes (menores de 20 años) y adultas (De 20 años a mas), con predominio para el grupo de las adultas con un 70.9%, el promedio de edad fue de 23 años. Respecto a la ocupación encontramos de forma predominante que el 40.0 % son amas de casa. En cuanto a la procedencia, la mayoría (89.1%) son de origen urbano y solo un 10.91% del área rural. En relación al nivel académico, hay predominio en la educación secundaria con un 52.7%. Referente al estado civil el 45.5% corresponde a unión estable.



Tabla No. 2 Distribución porcentual de las características obstétricas de las gestantes del centro de salud primero de mayo, León. **N: 55**

Variables	Frecuencia	Porcentaje
<b>Gestación</b>		
Primigesta	29	52.7
Multigesta	23	41.8
Gran multigesta	3	5.5
<b>Finalización</b>		
Parto fisiológico	19	35.5
Cesárea	7	12.7
Aborto	5	9.1
No aplica	24	42.7
<b>Periodo intergenésico</b>		
Menor de 2 años	10	18.2
Mayor de 2 años	16	29.1
No aplica	29	52.7
<b>No. De controles</b>		
Menor o igual a 4	34	61.8
De 4 a mas	21	38.2

En la tabla número 2 se presentan las características obstétricas de las pacientes. Con relación a la paridad de las pacientes encontramos que el 52.7% son primigestas, el 41.8% multigestas. Por otra parte, las culminaciones de sus embarazos anteriores encontramos que el 35.5% son partos fisiológicos, siendo este el dato más relevante. Referente al periodo intergenésico, 29.1% corresponde a un periodo mayor de 2 años y el 18.18% menos de 2 años. Por lo que se refiere a la cantidad de controles por paciente, encontramos que el 61.8% tiene 4 o menos citas de control prenatal.

Tabla no. 3 Distribución porcentual de los parámetros de valoración de la adherencia al CPN de las gestantes del centro de salud primero de mayo, León. **N: 55**

Variables	Frecuencia	Porcentaje
<b>Asiste a todas sus citas de CPN</b>	31	56.4
<b>Ingreso antes de las 12 sem.</b>	15	27.3
<b>Toma su medicamento</b>	33	60
<b>Realiza exam. De laboratorio</b>	41	74.5
<b>Comprende la importancia de la revisión medica</b>	24	43.6
<b>Cumple las indicaciones medicas</b>	19	34.5
<b>Conoce signos de peligro</b>	23	41.8
<b>Considera importante el CPN</b>	10	18.2



En la tabla 3 se plasman los parámetros de valoración de la adherencia al CPN. En relación a la asistencia a citas de CPN la mayoría de las pacientes acuden, representado en un 56.4%, por otra lado solo el 27.3% de las participantes ingresaron al programa antes de las 12 semanas. Respecto a los medicamentos durante la gestación el 60% toman su medicación prescrita en el control prenatal y según normativa de manera formal y el 74.5% se realizan sus exámenes de laboratorio según indicación médica. En relación al cuarto parámetro solo el 43.6% de las pacientes comprende la importancia de la revisión médica durante su CPN y únicamente el 34.5% de ellas cumple con las indicaciones de su médico. En relación al conocimiento de los signos de peligro durante la gestación el 41.8% de las pacientes refieren conocerlos y por último solo el 18.2% considera importante acudir a sus citas de CPN.

Tabla No. 4 Factores sociodemográfico y la asistencia al CPN de las gestantes del centro de salud primero de mayo, León. **N: 55**

Variable	Si asiste a sus CPN	No asiste a sus CPN	Total
<b>Edad</b>			
15 a 19 años	6	7	13
20 a 36	28	14	42
<b>Nivel académico</b>			
Analfabeta	1	0	1
Alfabeta	0	1	1
Primaria	4	5	9
Secundaria	17	12	29
Universidad	11	2	13
Técnico superior	1	1	2
<b>Estado Civil</b>			
Soltera	3	8	11
Casada	10	9	19
Unión estable	13	12	25
<b>Ocupación</b>			
Ama de casa	13	9	22
Secretaria	0	2	2
Maestra	3	1	4
Oficinista	2	0	2
Comerciante	4	2	6
Estudiante	12	7	19
<b>Procedencia</b>			
Urbana	28	21	49
Rural	6	0	6



En la tabla 4 se determinó la distribución de los factores asociados a la asistencia al CPN. En relación a las características sociodemográficas, se pudo determinar que pacientes de edades entre 20 – 36 años asisten más a sus citas. Seguidamente se comparó con el nivel académico donde se reflejó que 11 de las pacientes de educación universitaria y 17 pacientes de escolaridad secundaria son las más asistentes al programa. En relación con el estado civil lo más relevante que constatamos fue, que 10 pacientes casadas y 13 de unión estable asisten a sus citas de control prenatal, siendo estos los grupos que más acuden a sus citas. Asociando la asistencia con las ocupaciones de las participantes se observó que las pacientes con trabajos y roles de estudio son las que más asisten a sus citas.

Tabla No. 5 Factores obstétricos y la asistencia al CPN de las gestantes del centro de salud primero de mayo, León. **N: 55**

Variables	Si asiste a sus CPN	No asiste a sus CPN	Total
<b>Gestación</b>			
Primigesta	17	12	29
Multigesta	15	8	23
Gran multigesta	2	1	3
<b>Finalización</b>			
Parto fisiológico	15	4	19
Cesárea	3	4	7
Aborto	2	3	5
No aplica	14	10	24
<b>Periodo intergenésico</b>			
Menor de 2 años	7	3	10
Mayor de 2 años	10	6	16
No aplica	15	14	29
<b>No. De controles</b>			
Menor o igual a 4	8	20	28
Mayor de 4 controles	26	1	27

Con respecto a la asistencia a los controles prenatales y las características obstétricas de las participantes constatamos que de 12 de las pacientes multigestas son las más asistentes. Respecto a la finalización del parto, 15 de un total de 19 pacientes con parto fisiológico asisten a sus controles. En cuanto al periodo intergenesico las pacientes con más de 2 años de periodo intergenésico son las que más asisten. Por último en relación con el número de controles, 26 de 27 pacientes con más de 4 controles son las más asistentes al CPN.



Tabla No. 6 Factores sociodemográfico y la adherencia al CPN de las gestantes del puesto de salud primero de mayo, León. **N: 55**

Variable	Adherente al CPN	No adherente a CPN	Total
<b>Edad</b>			
15 a 19 años	2	12	14
20 a más	16	25	41
<b>Nivel académico</b>			
Analfabeta	1	0	1
Alfabeta	0	1	1
Primaria	1	8	9
Secundaria	8	21	29
Universidad	6	7	13
Técnico superior	0	2	2
<b>Estado Civil</b>			
Soltera	2	9	11
Casada	6	13	19
Unión estable	8	17	25
<b>Ocupación</b>			
Ama de casa	6	16	22
Secretaria	0	2	2
Maestra	1	3	4
Oficinista	1	1	2
Comerciante	2	4	6
Estudiante	6	13	19
<b>Procedencia</b>			
Urbana	13	36	49
Rural	3	3	6

En la tabla 6 se presentan la distribución de los factores sociodemográficos y la adherencia al programa de control prenatal. Iniciando con la edad, predominantemente 16 de las pacientes de 20 a 36 años son adherentes. Continuando con el nivel académico, en el nivel de educación universitaria 6 de 13 pacientes son adherentes al programa siendo este el grupo más representativo. En relación al estado civil encontramos que las pacientes casadas son las más adherentes al programa de control prenatal.





Tabla No. 7 Factores sociodemográficos y la adherencia al CPN de las gestantes del puesto de salud primero de mayo, León. **N: 55**

Variables	Adherente al CPN	No adherente al CPN	Total
<b>Gestación</b>			
Primigesta	8	21	29
Multigesta	7	16	23
Gran multigesta	1	2	3
<b>Finalización</b>			
Parto fisiológico	8	11	19
Cesárea	1	6	7
Aborto	0	5	5
<b>Periodo intergenésico</b>			
Menor de 2 años	1	9	10
Mayor de 2 años	7	9	16
<b>No. De controles</b>			
Menor o igual a 4	2	26	28
De 4 a mas	14	13	27

En la tabla 7 se asocian los factores obstétricos con la adherencia al control prenatal, donde solo 7 pacientes multigestas son adherentes, 8 de las pacientes que finalizan el embarazo con parto fisiológico son las más adherentes, 7 de las pacientes con un periodo intergenésico mayor a 2 años y 14 pacientes con más de 4 controles son las que adhieren el mismo, siendo estos los datos representativos.

Tabla No. 8 Relación de los parámetros de valoración de la adherencia al control prenatal, RP y valor de P. **N: 55**

Variables		Si	No	Valor de P	RP
<b>Asiste a todas sus citas de control prenatal</b>	Si	15 (48.4%)	16 (51.6%)	0.00	11.5
	No	1 (4.2%)	23 (95.8%)		
<b>Ingreso antes de las 12 semanas.</b>	Si	10 (66.7%)	5 (33.3%)	0.00	4.4
	No	6 (15.0%)	34 (85.0%)		
<b>Toma su medicamento en tiempo y forma</b>	Si	15 (45.5%)	18 (54.5%)	0.001	10
	No	1 (4.5%)	21 (95.5%)		
<b>Realiza exámenes de laboratorio</b>	Si	14 (34.1%)	27 (65.9%)	0.19	2.4
	No	2 (14.3%)	12 (85.7%)		
<b>Comprende la importancia de la revisión médica</b>	Si	15 (62.5%)	9 (37.5%)	0.00	19.5
	No	1 (3.2%)	31 (96.8%)		
<b>Cumple indicaciones medicas</b>	Si	14 (73.7%)	5 (26.3%)	0.00	13.2
	No	2 (5.6%)	34 (94.4%)		
<b>Conoce los signos de peligro</b>	Si	13 (56.5%)	10 (43.5%)	0.001	6.0
	No	3 (9.4%)	29 (90.6%)		
<b>Considera importante asistir a sus citas de CPN</b>	Si	9 (90%)	1 (10%)	0.00	5.7
	No	7 (15.6%)	38 (84.4%)		



En la tabla 8 se plasman la relación de los parámetros de valoración de la adherencia al control prenatal, los factores más relevantes fueron; asistir a todas las citas de control prenatal, teniendo relación estadística (**P: 0.00**), por tanto las pacientes que si van a todas sus citas tienen 11 veces más prevalencia de adherir el CPN respecto a las que no asisten a toda sus citas; respecto a la toma de la medicación en tiempo y forma se encontró relación (**P: 0.001**), por lo tanto son 10 veces más prevalentes de adherir el programa, que las que no toman su medicación, en relación a la comprensión de la importancia de la revisión médica, se encontró relación (**P: 0.00**), por consiguiente es 19 veces más prevalente adherir el CPN en estas pacientes que en aquellas que no comprenden dicha importancia, otro factor es el cumplimiento de las indicaciones del médico (**P:0.00**), donde es 13 veces más prevalente la adherencia al control prenatal respecto a las que no cumplen dichas indicaciones

Tabla. 9 Relación de factores asociados a la adherencia al programa de Control Prenatal, de las gestantes en estudio, RP y valor de P. **N: 55**

Variable		Adherente	No adherente	Valor de p	RP
Edad	<b>15 – 19 años</b>	4 (25%)	12(75%)	0.7	0.81
	<b>20 – 36 años</b>	12(30.8%)	27(69.2%)		
Nivel académico	<b>Bajo nivel académico</b>	2(18.2%)	9(81.8%)	0.4	0.57
	<b>Alto nivel académico</b>	14(31.8%)	30(68.2%)		
Ocupación	<b>Amas de casa</b>	6(27.3%)	16(72.7%)	1.0	0.90
	<b>Trabajadoras y estudiantes</b>	10(30.3%)	23(69.7%)		
Paridad	<b>Primigesta</b>	8(27.6%)	21(72.4%)	1.0	0.89
	<b>Multigesta</b>	8(30.8%)	18(69.2%)		
Periodo intergenesico	<b>Menor de dos años</b>	1(10.0%)	9(90.0%)	0.09	0.23
	<b>*Mayor de dos años</b>	7(43.8%)	9(56.3%)		
No: de controles	<b>Menor o igual a 4 controles</b>	2(7.15)	26(92.9%)	0.00	0.14
	<b>Mayor de 4 controles</b>	14(29.1%)	13(48.1%)		

(\* Significa que la variable es la de referencia)

En la tabla No. 9 se presentan los factores asociados a la adherencia al control prenatal y su relación estadística, de forma predominante determinamos que, el periodo intergenésico menor de 2 años (**P: 0.09**), tiene 77% menos prevalencia de adherir el control prenatal que las pacientes con periodos mayores a 2 años. Por



otra parte las pacientes que tienen menos o 4 controles prenatales son 86% menos prevalentes de adherirse al control prenatal, que aquellas que tienen más de 4 controles a lo largo de su embarazo, siendo estos los factores más relevantes del estudio.



## Discusión

Este estudio demuestra que los principales factores relacionados con la adherencia al control prenatal son los factores sociodemográficos y obstétricos.

Entre los factores sociodemográficos más relevantes están: la ocupación, donde las participantes de oficios estudiantiles y trabajos estables son las de mayor porcentaje de adherencia al CPN puesto que, en nuestro país el mayor porcentaje de mujeres en edad fértil son jóvenes adultas dedicadas al estudio y un trabajo formal o informal, esto en comparación con el estudio de Camarena Rodríguez<sup>(18)</sup>, el cual encontró que, las participantes de su estudio con mayor porcentaje de adherencia al control prenatal fueron las profesionales con las facilidades de seguro laboral y acceso a la salud de la embarazada, esta similitud es justificable por las mismas razones de nuestra población. Otro factor relevante de nuestro estudio es el estado civil, siendo las pacientes casadas las de mayor porcentaje de adherencia al CPN, lo cual se justifica debido a que tienen el apoyo de una pareja estable y se tratan generalmente de embarazos planificados, esto en relación con el estudio de Camarena Rodríguez<sup>(18)</sup> fue similar por las mismas razones antes expuestas.

Dentro de los factores obstétricos, la gestación es uno de los más relevantes, donde las pacientes multigestas son las de mayor porcentaje de adherencia al CPN esto se puede explicar debido a que, dicha condición conlleva mayor experiencia sobre el embarazo, sus cuidados, signos de peligro y las responsabilidades de las pacientes en su atención prenatal, este dato comparado con el estudio de Chavarría Vargas<sup>(15)</sup> resultó similar puesto que la mayoría de las pacientes adherentes al programa de control prenatal son las multigestas. Otro factor relevante es el periodo intergenésico mayor de 2 años, donde el mayor porcentaje de participantes de nuestro estudio adhieren al CPN, las pacientes refieren comprometerse al programa por no tener dificultad en el cuidado del resto de hijos debido al apoyo familiar y que sus ya no están edades muy tempranas que ameriten cuidados especiales, esto en contraste con el estudio de Chavarría Vargas<sup>(15)</sup> es similar por las mismas razones.

En relación al número de controles de nuestras pacientes, las que asistieron a más de 4 controles, son las de mayor adherencia al control prenatal, lo cual es lógico y



justificable debido a que, si asisten a sus citas es más probable que se apropien de las indicaciones médicas las que, implícitamente incluyen la toma de medicación al pie de la letra, el conocimiento de los signos de peligro durante el embarazo y la importancia que tiene el programa al brindarle atención a las gestantes durante el curso de su embarazo, esto últimos son también factores relevantes que va de la mano con la asistencia a las citas de control prenatal, todo esto comparado con el estudio de Feneite y colaboradores<sup>(17)</sup> el cual, valora la asistencia a las citas y la adherencia al servicio de control prenatal resultó similar debido a que la alta asistencia de las participantes les permite apropiarse del programa y sus componentes con regularidad.

En todo proceso investigativo surgen limitaciones, y muestran que lo realizado es mejorable, por lo que ha de ser contrastado y revisado. Lo que permite seguir avanzando en el conocimiento y en la investigación. Las limitaciones del presente estudio se encuentran enmarcadas en los siguientes aspectos:

En relación al tamaño de la población, es pequeño puesto que son 55 pacientes; es por esto que se nos dificultó encontrar relación y generalización significativa a partir de los datos, puesto que las pruebas estadísticas normalmente requieren de un tamaño de muestra más grande para asegurar una distribución representativa de la población.



## Conclusión

Una vez recopilada la información obtenida al aplicar el instrumento al nuestro estudio, Factores asociados a la adherencia al programa de Control Prenatal, en las gestantes de los sectores del puesto de salud Primero de Mayo, de la ciudad de León en el periodo de diciembre 2017 a junio 2018, podemos concluir que:

A pesar de que el CPN es una prioridad en todos los planes y programas de salud, no todas las mujeres asisten, y quienes lo hacen ingresan tardíamente tal es el caso del puesto de salud que se evaluó en el presente estudio. Los niveles de escolaridad altos, representan un mayor porcentaje de asistentes y adherentes al CPN, debido al grado mayor de conocimiento sobre la importancia de este programa en el bienestar del binomio madre e hijo. El estado civil casado, representa un factor determinante en la asistencia y adherencia al CPN debido a que las pacientes cuentan con el apoyo de una pareja estable. Las gestantes que residen en el área urbana y se dedican a ser trabajos formales y estudios, asisten a sus citas con regularidad y se adhieren al programa de control prenatal.

En relación a los factores obstétricos podemos concluir que las pacientes multigestas son el porcentaje mayor de adherentes al programa de control prenatal y que aquellas con más de 4 controles en todo el embarazo, junto al periodo intergenésico mayor a dos años también son adherentes al mismo, siendo estos dos últimos los principales factores asociados la adherencia al control prenatal. No encontramos relevancia significativa entre los factores institucionales y la adherencia al control prenatal.

En relación a los parámetros de valoración para adherencia al control prenatal concluimos que; ingresar al programa antes de las 12 semanas de gestación, tomar la medicación en tiempo y forma, el cumplimiento de las indicaciones del médico, conocer los signos de peligro propios del embarazo y el conocimiento de la importancia de asistir a las citas de control prenatal son los parámetros que determinan la adherencia al CPN en nuestro estudio.



## Recomendaciones

Dentro de un estudio tan ambicioso como lo fue éste, siempre se desea que haya una mejora continua del mismo; por lo cual deseamos sugerir algunas recomendaciones en base a los resultados y conclusiones que fueron planteados anteriormente:

- Promover campañas de concientización a la población, dirigidas específicamente, a las mujeres en edad reproductiva para incentivarlas a la realización de un adecuado control prenatal y así evitar cualquier tipo de complicación durante el embarazo, parto y por ende disminuir así la morbimortalidad materna y neonatal.
- Establecer dentro de las consultas de control prenatal un sistema que garantice amabilidad con las usuarias, para que así las madres puedan percibir la importancia del control prenatal y estén siempre motivadas y/o dispuestas a la realización del mismo, asistiendo al número de controles necesarios considerados por la normativa del Ministerio de Salud para una buena adherencia, mínimo 6 controles.
- Reforzar estructural y humanamente al personal competente mediante capacitaciones, a fin de mejorar la atención de las gestantes; de igual forma se debe fortalecer las acciones realizadas por trabajo social y promotoras de salud para así ampliar la cobertura y conocimiento del programa de control prenatal en la población.
- Implementar a la normativa de Atención Prenatal de bajo riesgo criterios establecidos y supervisados por el personal competente en el área de la obstetricia y que los parámetros empleados en este estudio y basados en el Test de Moriski de adherencia terapéutica, sirvan de modelo y/o base para su realización.



## Referencias Bibliográficas.

- 1- Aguilar C, Beutelspacher A, Salvatierra B, Mariaca R, Estrada A. Morbilidad percibida y atención prenatal en mujeres marginadas de Chiapas, México. *Pob. Salud Mesoamérica Rev. Electrónica* 2006; 4(1): artículo 3.
- 2- Ministerio de salud. Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009 – 2015. Dirección general de salud de las personas, estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva. 2009.
- 3- Diprete I, Miller I, Rafeh n, Hatzell t. Garantía de la calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. Usaid. 2da. Ed. 2009.
- 4- Aguado I, Girón I, Osorio a, Tovar I, ahumada j. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el litoral pacífico colombiano. *Rev latinoam cienc soc niñez.* 2007;5(1): 1-36.
- 5- Defensoría del Pueblo. Derecho a una maternidad segura: Supervisión nacional de los servicios nacional de Ginecología y Obstetricia MINSA. Informe Defensoría 138. 2008
- 6- Sánchez-Nuncio, Pérez Toga Gustavo, Pérez Rodríguez. Impacto del control prenatal en morbilidad y mortalidad neonatal. *Revista Médica del IMSS* Vol 43, N 5, Sep-Octubre 2009.
- 7- Casini Sergio, Sainz Lucero, Hertz Martín. División Obstetricia, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Buenos Aires – Argentina. Guía de Control Prenatal. Embarazo Normal 2009
- 8- Bronnfman Mario, Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias, *Salud pública de México/ vol. 45, N° 6, noviembre – diciembre 2003.*
- 9- Organización Panamericana de Salud, 48° CONSEJO DIRECTIVO. 60.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL. Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008. Estrategia regional para mejorar la Salud de Adolescentes y Jóvenes, CE142/13 Rev. 2, 2009. Acceso: 7 de Enero de 2014.





- 10-United States Agency for International Development, Profamilia. Salud sexual y reproductiva en zonas marginadas: situación de las mujeres desplazadas 2005. Bogotá: United States Agency International Development, Profamilia; 2005. Acceso: 1 de Octubre de 2014.
- 11-Profamilia, Ministerio de la Protección Social República de Colombia, Bienestar Familiar y United States Agency International Development, USAID del Pueblo de los Estados Unidos. Conocimientos del VIH y otras ETS, Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010. Informe de prensa, 2010. Acceso: 16 de Mayo de 2015.
- 12-Sánchez YA, Mendoza LA, Grisales MB, Ceballos LY, Bustamante JC, Muriel E, Chaverra LA, Acuña ME. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. Rev Chil Obstet Ginecol 2013.
- 13-Atención prenatal orientada: un mejor enfoque, más económico con base a la evidencia: enfoque técnico de salud mundial-OMS. Revisado 2-3 septiembre 2008
- 14-Ministerio de Salud de Nicaragua MINSA. Normas para la atención prenatal, embarazo parto de bajo riesgo y puerperio normal, ministerio de salud Managua nicaragua 2011. Dirección general de la atención integral de la mujer niñez y la adolescencia.
- 15-Chavarría Vargas. No cumplimiento a citas en atención prenatal de las embarazadas. Centros de Salud Francisco Buitrago y Ticuantepe. Managua. Periodo Octubre 2005 – Junio 2006. (Tesis de Maestría) Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2011
- 16-Von Waldenfels H, Planz M, Ramón J. Factores que influyen en la ocurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay. Rev Med Uruguay 1992;8:61-69
- 17-Feneite P, Rivera C, González M, Linares M, Faneite J. ¿Por qué no se controla la embarazada? RevObstetGinecolVenez 1992;62(2)
- 18-Camarena Rodríguez, Salgado M, Tang G, Gonzalez C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y factores asociados a su ocurrencia. Rev Med Hered 2011;22:169-175



19-

- 20-Feneite P, Rivera C, Rodríguez F, Amato R, Moreno S, Cangemi L. Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿qué justifica? RevObstetGinecolVenez 2009;69(3):147-151
- 21-Murillo L, Miranda W. Calidad del control prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino, Maranga. Agosto – Octubre 2010. (Tesis) Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2004
- 22-Casini Sergio, Sainz Lucero, Hertz Martín. División Obstetricia, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Buenos Aires – Argentina. Guía de Control Prenatal. Embarazo Normal 2002
- 23-Cáceres-Manrique F, Molina-Marín G. Inequidades sociales en atención materna. Rev Colombiana Obstet Ginecol 2010;61(3):231-8



# Anexos



## Anexo No. 1

### Encuesta

ID: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Acápito 1

#### I. Datos generales

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

2. Ocupación: \_\_\_\_\_

3. Escolaridad:

4. Estado civil:

Analfabeta ( )

Soltera ( )

Alfabetizado ( )

Unión estable ( )

Primaria ( )

Casada ( )

Secundaria ( )

otro ( )

Superior Universidad ( )

Superior Técnico ( )

5. Procedencia: \_\_\_\_\_

6. Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

#### II- Datos obstétricos:

7. G \_\_\_\_ P \_\_\_\_ A \_\_\_\_ C \_\_\_\_

8. Periodo intergenésico:

Menor de 2 años ( )

Mayor de 2 años ( )

9. Número de controles prenatales realizados: \_\_\_\_\_



## Acápite 2

### Test de Adherencia al CPN

1. Asiste a todas sus citas de control prenatal.  
SI            NO
2. Ingresó al control prenatal antes de las 12 semanas de gestación  
SI            NO
3. Toma su medicamento en tiempo y forma.  
SI            NO
4. Se realiza los exámenes de laboratorio indicado por el medico  
SI            NO
5. Comprende usted la importancia de que su médico la examine  
SI            NO
6. Cumple con las indicaciones de su médico  
SI            NO
7. Conoce los signos de peligro más frecuentes en el embarazo  
SI            NO
8. Considera importante asistir a los controles prenatales  
SI            NO

Cada ítem vale un punto, menor o igual a cuatro puntos es no adherente y mayor de cuatro puntos significa que es adherente al control prenatal.



### Acápite 3

#### I- Factores personales

	Presente	Ausente
1. Edad extrema	( )	( )
2. Embarazo no deseado	( )	( )
3. Primaria incompleta	( )	( )
4. Soltera sin pareja estable	( )	( )
5. Domicilio lejano	( )	( )
6. Desempleo	( )	( )
7. Dificultad de permiso en trabajo	( )	( )
8. Dificultad para el cuidado de los hijos	( )	( )
9. Dificultad con los quehaceres del hogar	( )	( )
10. Poco apoyo familiar	( )	( )
11. Olvido de citas	( )	( )
12. Multiparidad	( )	( )
13. Importancia del CPN	( )	( )
14. Desconocimiento sobre el CPN	( )	( )

#### II- Factores institucionales

	Presente	Ausente
1. Ambiente inadecuado de la consulta	( )	( )
2. Incoordinación para atenderla	( )	( )
3. Tiempo de espera largo	( )	( )
4. Ubicación lejana del lugar de atención	( )	( )
5. Poco tiempo de consulta	( )	( )

#### III- Factores médicos

	Presente	Ausente
1. Relación médico-paciente insatisfactoria	( )	( )
2. Trato inadecuado	( )	( )
3. Maltrato por parte del personal de salud	( )	( )
4. Miedo al examen ginecológico	( )	( )
5. CPN de baja calidad	( )	( )