

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

OFICINA DE GRADOS Y TITULOS



TRABAJO ACADÉMICO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**"FACTORES ASOCIADOS AL NO CONTROL PRENATAL EN PACIENTES
PUERPERAS DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO
DURANTE NOVIEMBRE 2017 Y ABRIL 2018"**

AUTOR:

**Luna Cisneros, Álvaro Martín
MÉDICO RESIDENTE DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE "LAS MERCEDES" - CHICLAYO**

ASESOR:

Dr. Cristian Díaz Vélez

LAMBAYEQUE – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A mi Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, gracias por los conocimientos que has dejado en mi durante estos tres años de formación... Muchas gracias por enseñarme la pasión de la Ginecología y Obstetricia...

AGRADECIMIENTO

**En primer lugar, a Dios, por darme la bendición de vivir y permitirme
llegar hasta estos momentos...**

**A mis padres, familiares y amigos, por el apoyo incondicional en todos
mis proyectos, ya que sin ustedes mis sueños seguirían sin cumplirse...**

**A mis maestros, por su valiosa ayuda en mi realización y desarrollo como
Médico Ginecólogo – Obstetra...**

RESUMEN

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA: El control prenatal es el eje inicial para la adecuada atención materna, conjuntamente con el parto institucional y el seguimiento del recién nacido son una buena estrategia de reducción de la mortalidad materna. Por lo que, el abandono al control prenatal, no necesariamente lleva a no asistencia del parto institucional, pero si interrumpe las actividades preventivas y de promoción de la salud, porque limita los contactos entre el profesional de la salud y las complicaciones derivadas del embarazo son causa importante en la explicación de las defunciones maternas.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA: ¿Cuáles son los factores asociadas al no control prenatal en pacientes puérperas del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, durante noviembre 2017 y abril 2018?

HIPOTESIS: Los factores personales, institucionales y médicos están asociados al abandono del control prenatal.

OBJETIVO GENERAL: Analizar los factores asociados al no control prenatal en pacientes puérperas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente las Mercedes durante noviembre 2017 y abril 2018.

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA: Surge la necesidad de estudiar y analizar los factores que conllevan al abandono del control prenatal en gestantes, que al identificarlos se podrán realizar intervenciones para mejorar el mismo, y readecuar las actividades prescritas para las atenciones prenatales.

Palabras claves: Control prenatal, gestante, factores asociados.

ABSTRACT

PROBLEMATIC SITUATION: Prenatal control is the initial axis for adequate maternal care, along with institutional delivery and newborn follow-up are a good strategy for reducing maternal mortality. Therefore, the abandonment of prenatal care does not necessarily lead to institutional assistance, but it does interrupt the preventive and health promotion activities, because it limits the contacts between the health professional and the complications arising from pregnancy. important cause in the explanation of maternal deaths.

FORMULATION OF THE PROBLEM: What are the factors associated with no prenatal control in postpartum patients of the gynecology and obstetrics service of the Teaching Regional Hospital Las Mercedes - Chiclayo, during November 2017 and April 2018?

HYPOTHESIS: The personal, institutional and medical factors are associated with the abandonment of prenatal control.

GENERAL OBJECTIVE: To analyze the factors associated with no prenatal control in postpartum patients of the Obstetrics-Gynecology service of the Las Mercedes Regional Teaching Hospital during November 2017 and April 2018.

JUSTIFICATION AND IMPORTANCE: There is a need to study and analyze the factors that lead to the abandonment of prenatal care in pregnant women, who can be identified by interventions to improve it, and readjust the activities prescribed for prenatal care.

Keywords: Prenatal control, pregnant, associated factors.

ÍNDICE

	Página
CAPÍTULO I: ASPECTO INFORMATIVO	7
CAPÍTULO II: ASPECTO INVESTIGATIVO	7
1. MARCO LÓGICO	
1.1. Situación problemática	7
1.1.1. Antecedentes	9
1.2. Problema	9
1.3. Hipótesis	9
1.4. Objetivos	9
1.5. Justificación e importancia	9
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes del estudio	12
2.2. Base Teórica	15
2.3. Operacionalización de variables	
3. MARCO METODOLÓGICO	
a. Tipo y diseño de investigación	17
b. Diseño de contrastación de hipótesis	17
c. Población y muestra	17
d. Criterios de inclusión y exclusión	17
e. Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos	18
f. Análisis estadístico de los datos	18
g. Aspectos éticos	18
CAPÍTULO III: ASPECTO ADMINISTRATIVO	19
1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	19
2. PRESUPUESTO	20
3. FUENTES DE FINANCIAMIENTO	20
CAPÍTULO IV: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXOS	23

I. ASPECTOS INFORMATIVOS:**TITULO DEL TRABAJO ACADÉMICO:**

"FACTORES ASOCIADOS AL NO CONTROL PRENATAL EN PUERPERAS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO DURANTE NOVIEMBRE 2017 Y ABRIL 2018"

1. PERSONAL INVESTIGADOR RESPONSABLE:
 - 1.1. AUTOR: ALVARO MARTIN LUNA CISNEROS
 - 1.2. ASESOR DE ESPECIALIDAD: CARLOS MIGUEL HERRERA RIOS
 - 1.3. ASESOR METODOLÓGICO: CRISTIAN DÍAZ VÉLEZ
2. TIPO DE INVESTIGACION: DESCRIPTIVO, ANALITICO, LONGITUDINAL
3. RESIDENTADO: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
4. LOCALIDAD E INSTITUCIÓN DE EJECUCIÓN:
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO.
5. DURACIÓN ESTIMADA DEL TRABAJO ACADÉMICO: 06 MESES
6. FECHA DE INICIO: 01 NOVIEMBRE DEL 2017
7. FECHA DE TÉRMINO: 31 DE ABRIL DEL 2018

II. ASPECTO INVESTIGATIVO:**2.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA:**

El control prenatal es una herramienta de prevención de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, pero sigue teniendo problemas en su cobertura y calidad. El control prenatal es el eje inicial para la adecuada atención materna, conjuntamente con el parto institucional y el seguimiento del recién nacido son una buena estrategia de reducción de la mortalidad materna. Por lo que el abandono al control prenatal, no necesariamente lleva a no asistencia del parto institucional, pero si interrumpe las actividades preventivas y de promoción de la salud, porque limita los contactos entre el profesional de la salud y las complicaciones derivadas del embarazo son causa importante en la explicación de las defunciones maternas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS 2005) las defunciones maternas se presentan entre el 11% y el 17% durante el parto, y entre el 50% y el 71% durante el posparto, 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. 1

El Perú tiene la tasa de mortalidad materna más alta de Sudamérica, después de Bolivia. El gobierno sostiene que la TMM fue de 168 por cada 100000 nacimientos vivos en el 2005. En el 2000, el gobierno sostuvo que había una TMM de 185, mientras que, para el mismo año, la OMS, UNFPA y UNICEF llegaron a un estimado de 410 por 100000 nacimientos vivos. La mayoría de los expertos en mortalidad materna en el Perú e incluso su propio informe de avance para el 2004 sobre el logro de las Metas de Desarrollo del Milenio no creen que la TMM oficiales sean una manera confiable de rastrear el avance logrado, y que existe una seria subestimación del número de muertes maternas.

Por ello, mientras que la tasa de mortalidad materna para Lima era de 52 por 100000 nacimientos vivos en el 2000, la TMM para Huancavelica y Puno en ese año alcanzó 302 y 361 respectivamente. 1

En el mundo a diario se estima que mueren 1500 mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Para el año 2005 se calculó que a nivel mundial ocurrieron 536000 muertes maternas. De todos estos casos, la mayoría pertenecía a los países en desarrollo, estas muertes pudieron evitarse en su mayor proporción. Cada minuto en algún lugar del mundo ocho niños mueren en el primer mes de vida, ocho en la primera semana y ocho nacen muertos. 2

La muerte materna permite evidenciar el grado de desarrollo de los países, ya que las tasas más altas de muerte materna se encuentran en zonas pobres, deprimidas, de difícil acceso y en donde las mujeres no tienen un buen trato social igualitario con los hombres.

La mortalidad materna y perinatal es más elevada en los países en vías de desarrollo, lo cual es expresión de las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud y evidencia las condiciones de desigualdad que afecta a la población mundial y sobre todo a las mujeres y recién nacidos, por lo tanto la mortalidad materna, no es solo un problema de salud pública, sino también de derechos humanos y de justicia social ya que refleja la exclusión social por razones de género, culturales y económicas entre otras. 2

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 una persona calificada y el 70% no recibe atención posparto en las seis semanas siguientes al parto. La falta de atención es más peligrosa para la vida de la mujer durante las etapas del trabajo de parto, el parto y los días que siguen inmediatamente al parto, ya que durante este plazo existe mayor probabilidad de que surjan complicaciones que pongan en peligro la vida de la mujer. 3

La mortalidad materna es un indicador altamente sensible para evaluar el desempeño de los sistemas de salud, ya que cuestiona el desarrollo de las funciones y la posibilidad de alcanzar los objetivos de capacidad de respuesta, equidad y buena salud que plantean. Mientras los niveles de mortalidad infantil son en promedio 10 veces mayores en países en vías de desarrollo que en países desarrollados, la mortalidad materna es 100 veces más alta. Asimismo, es sensible para medir la inequidad existente por razones de ruralidad del país, la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las urbanas.

Es necesario también considerar que, para los recién nacidos, el parto representa un riesgo. Según la OMS, la mortalidad ligada al embarazo y el parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil. Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida, de estos 7,6 millones de muertes perinatales, el 98% ocurren en países en vías de desarrollo. 4

En el control prenatal existe tres aspectos fundamentales, el primero está referido a que debe ser precoz, esto quiere decir que la gestante debe iniciar el control del embarazo lo antes posible, siendo lo óptimo iniciarlo desde el momento en que se tiene conocimiento del embarazo. En segundo lugar, debe ser periódico, lo cual supone que el control prenatal debe realizarlo mensualmente y si no es posible, una gestante que no tenga riesgos o problemas durante su embarazo se considera "controlada" cuando cumple 6 controles prenatales. Por último, el control prenatal debe ser integral, esto quiere decir, que nuestra atención debe incluir: Exámenes auxiliares, examen y evaluación del embarazo consulta odontológica, inmunizaciones, atención nutricional, psicológica y psicoprofilaxis obstétrica. Esta forma de actuación, permitiría lograr los objetivos de prevención de patologías, vigilancia del estado de salud materno-fetal, preparar a la madre para la maternidad y lactancia materna y la planificación familiar acercando más a los pacientes a los establecimientos de salud. 5

Nuestro foco de investigación son las mujeres embarazadas que abandonan el control prenatal. 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, la preparación para el parto y la elaboración de un plan para estar listos ante una complicación.

El beneficio potencial de estados iniciales de complicaciones durante la gestación, se minimiza por la asistencia tardía de la gestante al control prenatal y la baja calidad de atención.

Por lo expuesto, la alerta de que actualmente haya abandono al control prenatal, no estriba en problemas económicos, sino por otros motivos que tiene a plantear factores de tipo institucional, organizacional y médico, así como en la calidad de la atención prenatal.

2.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los factores asociadas al no control prenatal en pacientes puérperas del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, durante noviembre 2017 y abril 2018?

2.4. HIPOTESIS

Los factores personales, institucionales y médicos están asociados al abandono del control prenatal.

2.5. OBJETIVOS

2.5.1. OBJETIVO GENERAL:

- Analizar los factores asociados al no control prenatal en pacientes puérperas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente las Mercedes durante noviembre 2017 y abril 2018.

2.5.2. OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Determinar los factores personales, institucionales y médicos asociados al no control prenatal en pacientes puérperas del servicio de Gineco-Obstetricia.
- Analizar los factores personales, institucionales y médicos asociados al no control prenatal en pacientes puérperas del servicio de Gineco-Obstetricia.

2.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO:

Debido a que actualmente en nuestro país, cada año se reduce más la cobertura de servicios de salud a la población, tanto que se haya estimado que el problema de las atenciones de salud, ya no está en su cobertura, sino en su calidad, uno de los indicadores de calidad de la atención es justamente el abandono a la atención, cuando una gestante decide acudir a un control prenatal tiene expectativas, pero estas se entrecruzan con sus percepciones y luego de experimentar algunas consultas, deciden no acudir más, motivo por el cual, no se puede cumplir con todos los objetivos del control prenatal y motivo también para luego considerarlo de mala calidad. Es por ello que surge la necesidad de estudiar y analizar los factores que conllevan al abandono del control prenatal en gestantes; que al identificarlos se podrán realizar intervenciones para mejorar el mismo, y readecuar las actividades prescritas para las atenciones prenatales.

La prestación de servicios de salud a la mujer embarazada es una prioridad nacional e internacional. La atención prenatal adecuada se ha relacionado con una mejor calidad de vida para los niños y las mujeres, durante y después del embarazo, ya que en el proceso de atención se pueden prevenir, detectar y tratar en forma oportuna las complicaciones, que generan secuelas o la muerte de cualquiera de los integrantes del binomio madre-hijo.

El control prenatal es una de las actividades a realizar en los servicios de salud de todo el país, diariamente se realiza cientos de atenciones prenatales en todos los sectores de salud y los niveles de atención, pero, sin embargo, existen gestantes que acuden una o dos veces a su control y no vuelven sino es por alguna emergencia o para atención de parto. Al realizar esto, se pierde valioso tiempo para poder cumplir con los objetivos del control y sobre todo con herramientas de prevención y promoción de la salud. La participación activa de la gestante en su cuidado, permitirá reconocer tanto su validez social, en búsqueda de un seguimiento efectivo y de calidad frente a la evolución de la gestación.

III. MARCO TEORICO

3.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

En Perú, se han realizado investigaciones al respecto donde se ha identificado una asociación del control prenatal (CPN) inadecuada, multiparidad y gestación no planificada (Arispe 2011). En otros países como China se ha evidenciado que en las provincias el promedio de visitas a la atención prenatal es de tres y solo el 53,8% tuvo una valoración en el primer trimestre. La inasistencia fue relacionada con edad de la madre, nivel de educación y el lugar del control prenatal (Wang 2012).

Rosales et al 2011. En Ecuador se publicó un estudio cuyo objetivo fue identificar factores asociados a la adherencia al control prenatal. Dicho trabajo mostro que a pesar de que las mujeres tenían conocimientos sobre los procedimientos y prácticas del CPN son los factores culturales, étnicos, socioeconómicos, educativos y la percepción de la calidad de atención los que tenían mayor asociación en la adherencia al CPN. Además, se logró identificar que los servicios gratuitos se asocian a percepción de mala calidad en la atención y en tiempo prolongado de espera.

Sergio Girado y colaboradores (Girado – Lamas et al 2011) en Colombia realizaron un estudio descriptivo, prospectivo a 134 puérperas, aplicando una encuesta aplicada en la clínica de maternidad Rafael Calvo. Se analizaron variables socio-demográficas, características del control prenatal, conocimientos sobre signos de alarma, estudios de laboratorio, entre otros. Encontrando que el 90% asistió al control prenatal, de estas 53,2% nunca faltó y las demás contribuyeron su inasistencia, principalmente a su falta de afiliación al sistema de salud (23,6%), falta de tiempo (22,3%) y falta de dinero (14,4%). Los investigadores concluyeron que el conocimiento de las puérperas acerca del control prenatal fue deficiente y no tiene relación con la cantidad de pacientes que asistieron a las mismas.

En el año 2011 Arispe y col. En un estudio sobre frecuencia de controles prenatales inadecuados (menores a 6 atenciones) de un hospital de Lima - Perú, encontró la paridad mayor a 2 y para tener adecuado atención prenatal al ser primigesta, el sostén del hogar tenga secundaria completa o superior y el embarazo planificado, por lo que el objetivo del primer estudio fue analizar los factores asociados al abandono del control prenatal en pacientes atendidas en el Instituto Materno Perinatal de Lima-Perú.

Espinosa y colaboradores (Espinosa, Trindade, Hoffmann, Fernandez, et al 2010) en Brasil publicaron un estudio cuyo objetivo fue describir el perfil demográfico, conductual y clínico de las embarazadas hospitalizadas en maternidades públicas e identificar a los factores asociados con seis o más consultas principales, para ello, realizaron un estudio transversal en 1380 mujeres aplicando un cuestionario cara a cara que contenían variables sociodemográficas, variables clínicas, obstétrica, historia de violencia domestica revisando también el carnet prenatal. Para el análisis de datos aplicaron distribución de frecuencias, OR con IC95% y modelo de regresión múltiple. El tener 9 años de escolaridad (OR: 1,8 IC95% 1,1-3,1), el estar casada (OR: 1,9 IC95% 1,2 – 2,9) y el parto a término (OR: 3,6 IC95% 1,6 – 8,2) se asociaron de forma independiente con 6 o más consultas prenatales.

Faneite y colaboradores en el año 2009 en Venezuela realizaron otro estudio para identificar los motivos para la inasistencia al control prenatal, realizaron un estudio descriptivo en 1000 pacientes con embarazo actual o pasado controlado en el año 2008. Encontraron entre los factores epidemiológicos la residencia en barrios (57,2%), educación secundaria (59,7%), estado civil soltera (48,1%), edad entre 20 a 29 años (40,4%). Entre los factores sociales identificados fueron domicilio lejano (52,3%), el desempleo en un 27,3%, en la educación prenatal fue el desconocimiento de la importancia del control (48,8%). Entre los factores institucionales fue determinante el ambiente inadecuado de la consulta (39,2%) y la ubicación lejana del centro de salud (19,3%). En factores de atención medica refirieron consulta de baja calidad (29,8 %), seguida de la opinión de pocas horas de consulta (23.2%). 7

Jeannette Chavarria en el año 2006 (5); en su investigación sobre no cumplimiento de citas en atención prenatal de las embarazadas de Centros de salud Francisco Buitrago y Ticuantepe, Managua - Nicaragua, realizó estudios cualitativos: grupos focales y entrevistas a profundidad que indagaban en mujeres que no cumplieron sus citas de atención prenatal. Entre las variables a estudiar estuvieron la importancia de la atención prenatal y citas de seguimiento, así mismo estudiaron las causas para no acudir a la atención prenatal. Entre los resultados encontraron que el trato inadecuado que reciben del personal que atiende, la relación médico-paciente no satisfactoria e impersonal, así mismo la organización de los servicios en los largos tiempos de espera, no hay prioridad en su atención, inadecuada coordinación entre los diferentes servicios, en aspectos económicos el costo de transporte, alimentación durante la espera y gastos para exámenes no disponibles (laboratorio y ultrasonido), entre los factores sociales y culturales, fue la dificultad para obtener permiso durante el trabajo, el cuidado de los niños y de la casa, los quehaceres domésticos y el poco apoyo de la familia fueron los más relevantes. Así mismo se encontró que algunas olvidaban su cita, y las actitudes de desánimo fueron asociadas. Finalmente, la percepción general para no acudir es porque consideraban que el servicio es incompleto porque parte de los gastos son asumidos por las pacientes como los exámenes de laboratorio, ultrasonido, multi-vitaminas y otro medicamento a comprar.

Faneite y colaboradores (7) en el año 2002, realizaron un estudio para identificar factores personales (epidemiológicos y socioeconómicos), institucionales y médicos relacionados a la inasistencia al control prenatal. Realizaron un estudio analítico en 1500 casos del Departamento de obstetricia y ginecología del Hospital Adolfo Prince en Carabobo Venezuela. Entre los resultados epidemiológicos encontrados están el residir en barrios (53.3%), educación primaria (45.2%), estado civil concubina (50%) y edad entre 25 a 34 años (49.9%). Entre los factores sociales domino el domicilio lejano (46 4%) en los económicos el desempleo (35.8%) y en la educación el desconocimiento sobre la importancia del control prenatal (57.6%), y en los factores institucionales el más importante fue el ambiente inadecuado para la consulta (42.6%).

En factores de atención médica refirieron, consulta de baja calidad (15.13 %), seguida de la opinión de pocas horas de consulta (9.06%). 8

En el año 1992 Albrecht y colaboradores (30) realizaron un estudio para determinar los factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo Uruguay. Realizaron una encuesta en 220 puérperas de la clínica Ginecológica de ese país. Entre los factores identificados fueron que el 30% de las encuestadas no acudieron a su control prenatal, el 70% había tenido entre uno o más controles prenatales. El promedio de controles fue de 5. Los investigadores concluyeron como factores que influyen al abandono se encuentre la primaria incompleta, soltera sin pareja estable, sin carné de asistencia y desconocimiento sobre las actividades del sistema de salud.

3.2. BASE TEÓRICA

- **Atención prenatal:** Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto con acciones sistemáticas y periódicas, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbimortalidad materna y perinatal.
- **Abandono al control prenatal:** Toda gestante está en la obligación de realizarse no menos de 6 controles prenatales, de forma precoz, periódica y completa, 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 6 controles prenatales, se produce un evento denominado abandono al control prenatal.
- **Frecuencia de las Atenciones prenatales:** La atención pre natal debe iniciarse lo más temprano posible, debiendo ser periódica, continua e integral. Se considera como mínimo que una gestante reciba 06 atenciones pre natales, distribuidas de la siguiente manera:
 - Dos atenciones antes de las 22 semanas.
 - La tercera entre las 22 a 24 semanas.
 - La cuarta entre las 27 a 29 semanas.
 - La quinta entre las 35 y 37 semanas.
 - La sexta entre las 37 a 40 semanas.

Entre los factores identificados tenemos:

a) Factores personales

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.

Desempleo: Corresponderá cuando el resultado de las actividades realizadas por la mujer no la llevan a obtener alguna retribución económica. Los bajos ingresos y las barreras financieras se asocian al abandono del control prenatal. 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. 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: 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 la incapacidad posnatal sea mayor y puedan dedicarle más tiempo al recién nacido. Muchas veces el cruce de horario entre la atención prenatal y el horario de trabajo puede ser un factor para inicio tardío del mismo.

Olvido de citas: El olvido de las citas como factor para abandono al control prenatal es muy frecuente, pues en ellas, se fija una fecha en la cual debe regresar a la unidad de salud y a la vez es importante que la gestante reciba orientación de acudir inmediatamente si presentan un signo de peligro o de alarma, de los cuales destacan dolor de cabeza, edemas de pies, sangrado vaginal y rotura antes de tiempo de la fuente. Pero al no presentar estos síntomas o signos ellas pueden no regresar por considerar su embarazo normal, lo cual se consideraría un abandono al control.

Edad: Cuando las gestantes se encuentran en los extremos de la vida reproductiva tiene mayor probabilidad de tener menos acceso a la atención prenatal.

Importancia del control prenatal: Es importante cumplir con seis controles prenatales como mínimo, durante los 9 meses de gestación, para llevar una maternidad saludable y segura. El objetivo es destacar en forma oportuna cualquier complicación que pueda poner en peligro la vida de la madre o el niño por nacer y actuar de forma adecuada por salvar ambas vidas.

Desconocimiento sobre el control prenatal: Corresponderá la falta de conocimiento por parte de las pacientes de la existencia de las actividades del control prenatal, el desconocimiento sobre las ventajas del control prenatal se asocia al abandono al del mismo.

b) Factores Institucionales: Percepción sobre el establecimiento o servicio.

Poca prioridad para su atención: La consulta prenatal tiene el problema de la atención por turno y horarios, muchas 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.

Tiempo de espera largo: La primera atención pre natal debe durar no menos de 20 ni más de 45 minutos. En cambio, las posteriores no menos de 15 minutos. Mayores a estos tiempos se considera un tiempo de espera largo.

Ubicación lejana al lugar de atención: 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.

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

c) Factores médicos:

Relación médico-paciente insatisfactoria: Es la mala interacción que se establece entre el médico y el paciente durante el curso de la enfermedad (aguda o crónica). Esta relación puede influir en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento. Una de las barreras que dificultan el acudir a los controles prenatales es el mal trato dado por el personal de salud, así mismo el miedo hacia los controles prenatales. El aspecto más valorado fue el trato que reciben durante su proceso de atención, es algo que también tiene relación con un estudio realizado en Bolivia donde también se valoró el trato humanizado del personal; así mismo coincide con hallazgos de un estudio realizado en el primer nivel de atención en México, donde identifica que la satisfacción de las usuarias está relacionado con el trato recibido durante la consulta y el tiempo que espero para recibirla, pero no con la capacidad de resolución clínica del profesional. 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.

Consulta de baja calidad: 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." Calidad. la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión".

3.3. VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES: Abandono al control perinatal.

VARIABLES INDEPENDIENTES: Factores personales, institucionales, médicos.

VARIABLE Independiente		TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE MEDICION
FACTORES PERSONALES	Edad extrema	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Embarazo no planificado	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Primaria Incompleta	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Desempleo	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Soltera sin pareja inestable	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Domicilio lejano	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Dificultad en permisos de trabajo	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Dificultad por cuidado de hijos	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Dificultad por quehaceres domésticos	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Importancia de control pre-natal	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Multiparidad	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Poco apoyo de la familia	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Olvido de citas	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta

FACTORES INSTITUCIONALES	Desconocimiento del control pre-natal	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Ambiente inadecuado para la consulta pre-natal	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Incoordinación entre servicios	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Tiempo de espera largo	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Ubicación lejana al lugar de atención	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Poco tiempo de consulta pre-natal	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
FACTORES MEDICOS	Relación médico-paciente insatisfactoria	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Trato inadecuado	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Maltrato por el profesional	Cualitativa	Si-No	Nominal	Encuesta
	Miedo al examen ginecológico	Cuantitativa	Si-No	Nominal	Encuesta

VARIABLE Independiente		TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE MEDICION
ABANDONO AL CONTROL PRE-NATAL	< 6 controles CONTROLADA (> = 6 MESES) NO CONTROLADA	Cualitativa	Si-No	Nominal	Carnet de control Pre - Natal

IV. MARCO METODOLÓGICO

4.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Tipo de investigación: Descriptivo, Analítico, Longitudinal.

Diseño: Ingresarán al estudio todas aquellas puérperas en las que se observe en su carnet de control menos de 6 controles en el periodo de tiempo de noviembre 2016 - abril 2017. Siendo definida la población por el total de puérperas que cumplan este criterio. A las cuales se aplicará el instrumento de recolección de datos. Posteriormente toda la información será procesada en una base de datos en Microsoft Excel y analizada a través del programa estadístico SPSS, vía OR IC 95% y regresión logística.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN Y MUESTRA:

Se estudiará a las pacientes puérperas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Noviembre 2017 - Abril 2018.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

a) Criterios de Inclusión:

- Acepta participar en el estudio
- Parto Vaginal/Cesárea
- Edad mayor a 17 años
- Gestante No Controlada: Entre 1 a 5 controles
- Recién nacido vivo
- Afiliada al SIS
- No impedimento del habla
- Registro de historia clínica completa

b) Criterios de Exclusión:

- No aceptar voluntariamente participar en el estudio.
- Edad menor a 17 años

4.3. MATERIALES, TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

4.3.1. Técnicas:

Se aplicarán dos técnicas:

- La primera será la observación documental de la historia y el carnet de control Materno Perinatal para la verificación del control prenatal.
- La segunda será la entrevista estructurada para indagación de los factores (personales, institucionales y médicos). La técnica de la entrevista garantiza como elemento de investigación la utilización de preguntas directas.

4.3.2. Instrumento de recolección de datos:

La Ficha de recolección de datos consta de tres partes:

- a) **Datos Generales:** Corresponde a 14 ítems de respuestas cerradas dividido en tres áreas, datos generales: edad, ocupación, grado de instrucción, estado civil, procedencia y lugar de nacimiento, El segundo punto corresponderá a datos obstétricos: fórmula obstétrica, periodo intergenésico, número de partos, establecimiento donde se atendió el CPN, número de controles prenatales. Finalmente, datos del recién nacido como fecha de nacimiento, hora, tipo de parto, sexo, índice de Apgar, peso, talla y perímetro cefálico.
- b) **Abandono al control prenatal:** Corresponde a un formulario de 75 ítems divididos en cuatro áreas de preguntas cerradas (Presento/Ausente) la primera, correspondió a información del caso o del control, la segunda corresponde a factores personales (13 ítems), la segunda a factores institucionales (6 ítems) y factores médicos (6 ítems).
- c) **Calidad del control pre-natal:** Consta de 13 ítems dividido en 5 áreas bajo la escala de Likert (Definitivamente no, probablemente no, ni si, ni no, probablemente si, definitivamente sí), la primera correspondió a la competencia profesional (2 ítems), seguridad en el control prenatal (5 ítems), accesibilidad (3 ítems), eficacia (2 ítems) y comodidades (3 ítems) los cuales pasaran primero por proceso de validez a través de juicio de expertos y de confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach con $\alpha=0,87$.

4.3.3. Análisis Estadístico de los Datos:

Una vez recolectada la información se procederá al análisis de los datos con el paquete estadístico SPSS versión 18,0.

4.3.4. Aspectos éticos:

Nuestra investigación no tiene repercusión sobre la vida de los pacientes, no obstante, se informará sobre los objetivos de la misma a cada paciente participante en el estudio. Se reunió a los profesionales del departamento y se les explicó las ventajas y desventajas de la investigación; además el estudio se realizó bajo los principios establecidos en la Declaración de Helsinki.

V. ASPECTO ADMINISTRATIVO

5.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

N°	TIEMPOS	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
	ETAPAS						
1	Elaboración del Trabajo Académico	X					
2	Presentación del Trabajo Académico		X				
3	Revisión Bibliográfica		X				
4	Elaboración de instrumentos		X				
5	Aplicación de instrumentos			X			
6	Tabulación de datos				X		
7	Elaboración del informe					X	
8	Presentación del informe					X	
9	Sustentación						X

5.2. PRESUPUESTO:

PRESUPUESTO	DESCRIPCION DEL PRODUCTO	CANTIDAD	MONTO (S/.)	
			UNITARIO	TOTAL
BIENES DE CONSUMO	Materiales de escritorio			
	Papel Bond (millares)	4	20.00	80.00
	Lapiceros	30	1.00	20.00
	Borradores	3	0.50	1.50
	Correctores	05	3.50	17.50
	Fólderes	20	1.00	20.00
	Soporte Informático			
	USB 8GB	02	30.00	60.00
	Cartucho tinta negra	02	50.00	100.00
	Cartucho tinta a color	02	60.00	120.00

PASAJES Y GASTOS DE TRANSPORTE	Gastos por movilidad local (pasajes)	50	3.50	175.00
	Refrigerios	50	7.00	350.00
SERVICIOS DE CONSULTORIA	Asesoría	01	300.00	300.00
OTROS SERVICIOS DE TERCEROS	Fotocopias	800	0.10	80.00
	Internet	1	220.00	220.00
	Impresiones	1000	0.30	300.00
TOTAL				1844.00

5.3. FINANCIAMIENTO

Se considera la posibilidad de futuro financiamiento de entidades locales (Red Lambayeque, Gerencia Regional de Salud Lambayeque, nacionales (Ministerio de Salud, ONGa) y extranjeras (ONGs) y/o autofinanciamiento.

VI. 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 (en línea) dirección URL disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>
2. Barrios A, Montes N. Control Prenatal Rev. Pacea Med. Fam. 2007;4(6): 128 - 131.
3. Cáceres-Manrique F. El control prenatal. una reflexión urgente Rev. Colombiana ObstetGinecol 2009;60(2). 165 - 70.
4. Cano-Serral G, Rodríguez-Sanz M, Borre C, Del Mar M. Salvador J. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control de4 embarazo Gac. Sanit. 2006;20(1): 25 - 30.
5. Chavarría J. 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. 2006
6. Defensoría del Pueblo. Derecho a una maternidad segura: Supervisión nacional (de los servicios nacional de Ginecología y Obstetricia MINSA. Informe Defensorial 138. 2008
7. Faneite P, Rivera C. González M, Linares M Faneite J. ¿Por qué no se controla la embarazada? RevObstetGinecolVenez 1992;62(2)
8. Faneite P, Rivera C, Rodríguez F Amato R, Moreno S, Cangerni Consulta prenatal motivos de inasistencia, ¿qué justifica? RevObstetGinecolVenez 2001;69(3)147-151
9. Fraifer S., García Martí S. Control Prenatal en embarazadas. Evid. actual. Práct. Ambul. 2004;7: 173-177
10. Hernández 8, Trejo J. Ducoing D, Vázquez L, Tomé P. Guía clínica para la atención prenatal. Rev. Med IMSS 2003; 41(Supl): S59-S69
11. Madurelo J, Haro A, Pérez F, Cercas L Valentín A, Morán E. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales GacSanit 2006;20(1). 31-9
12. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. 2004
13. Muñoz S. El significado cultural del control prenatal en la gestante inasistente y sus prácticas de autocuidado. (en línea) dirección URL disponible en <http://facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/EL%20SIGNIFICADO%20CULTURAL%20DEL%20CONTROL%20PRENATAL.pdf>.
14. Murillo L, Miranda W. Calidad del control prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino, Maranga. Agosto — Octubre 2004. (Tesis) Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2004
15. Ortiz R, Beltrán M. Modelo de atención prenatal de bajo riesgo. Med UNAB 2005;8:102-112
16. Oyarzun E. Salud materna en las Américas (Editorial) RevChilObstetGinecol 2005;70(2): 71-72
17. Pécora A, San Martín M, Cantero A, Furfaro K, Janković P, Llompart V. Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud? RevHosp Mat Inf Ramón Sarda 2008;27(3):114-119

18. Peñuelas-Cota J, Ramírez-Zepeda M, González-Bon M, Gil-Pineda J, Cárdenas-Angulo A, García-Sañudo N. Factores asociados a mortalidad materna. 2008;2(3): 86-90
19. Quelopana A, Dimmitt J, Salazar B. Traducción y validación del cuestionario de beneficios y barreras del control prenatal en embarazadas de México. IndexEnferm 2007;16(57) Dirección URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132129620070002000058&script=sci_arttext
20. Rosello-Soberon M, Casanueva E. Orientación alimentaria en el control prenatal. Una herramienta educativa, PerinatolReprod Huna 2005;19: 168-76

VII. ANEXOS:**FORMULARIO I****I. DATOS GENERALES:****1. Edad:****2. Grado de Instrucción:**

Ninguno (0)	Primaria Completa (1)	Primaria Incompleta (2)
Secundaria Completa (3)		Secundaria Incompleta (4)
Superior Completa (5)		Superior Incompleta (6)

3. Estado Civil: Soltera (1) Conviviente (2)
Casada (3) Viuda (4)**4. Ocupación:****II. DATOS OBSTÉTRICOS:****5. G_P____****6. N° de partos por cesárea:****7. Período intergenésico:****8. Establecimiento de salud donde se atendió durante sus CPN:****9. N° de controles prenatales:**

1° Trimestre:

2° Trimestre:

3° Trimestre:

10. Fecha de Nacimiento:**11. Tipo de Parto:**

FORMULARIO II

I. **ABANDONO AL CONTROL PRENATAL:** Si () No ()

II. **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 permisos en el trabajo	()	()
8. Dificultad para el cuidado de los hijos	()	()
9. Dificultad por los quehaceres domésticos	()	()
10. Poco apoyo de la familia	()	()
11. Olvido de citas	()	()
12. Multiparidad	()	()
13. Importancia del control prenatal	()	()
14. Desconocimiento sobre el control prenatal	()	()

III. **FACTORES INSTITUCIONALES:**

	PRESENTE	AUSENTE
1. Ambiente inadecuado para consulta	()	()
2. No coordinación entre servicios para atención	()	()
3. Tiempo de espera largo	()	()
4. Ubicación lejana del lugar de atención	()	()
5. Poco tiempo de consulta	()	()

IV. **FACTORES INSTITUCIONALES:**

	PRESENTE	AUSENTE
1. Relación Médico-Paciente insatisfactoria	()	()
2. Trato inadecuado	()	()
3. Episodios de maltrato por parte del profesional	()	()
4. Miedo al examen ginecológico	()	()